Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
(Direktor: Prof. Dr. med. D. Langen)

Sozialmedizinische Untersuchungen an Patienten mit Suicidversuch

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Wolfgang Völckel
aus Hohenölsen

1976

Mainz 1975

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556033_0001

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
(Direktor: Prof. Dr. med. D. Langen)

Sozialmedizinische Untersuchungen an Patienten mit Suicidversuch

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Wolfgang Völckel
aus Hohenölsen

Mainz 1975

Die Untersuchungen wurden ausschließlich durchgeführt mit Hilfe des Krankengutes der Städtischen Krankenanstalten Esslingen in den Jahren 1965 - 1970.

UNIV.
LEIDEN
BIB.

Dekan des Fachbereichs:	Prof.Dr.E. Straub
Referent:	Prof.Dr.D. Langen
Korreferent:	Prof.Dr.U.Peters
Tag der mündlichen Prüfung:	5. 5. 76

MEINEN ELTERN

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	EINLEITUNG	1
1.1.	Allgemeine Einführung	1
1.2.	Kurze Charakteristik des Untersuchungsfeldes	3
1.2.1.	Die Stadt Esslingen	3
1.2.2.	Die Städt. Krankenanstalten und ihr Versorgungsbereich	4
II.	METHODIK	6
2.1.	Bezugsmaterial	6
2.2.	Methode der Auswertung	6
2.3.	Übersicht der untersuchten Patientenmerkmale	6
2.4.	Erweiterter Anamnesebogen für Suicidversuchpatienten	7
III.	UNTERSUCHUNGSBEFUNDE	15
3.1.	Zeitliche Zusammenhänge der Suicidversuche im Untersuchungsfeld	15
3.1.1.	Geographische Übersicht der Wohnorte der Suicidversuchpatienten im Landkreis Esslingen	15
3.1.2.	Suicidversuche aufgegliedert nach Jahren	16
3.1.3.	Suicidversuche aufgegliedert nach dem Geschlecht	18
3.1.4.	Als Gegenüberstellung zu den Suicidversuchen:	19
3.1.4.1.	Die Entwicklung der Suicidhäufigkeit im Landkreis Esslingen	19
3.1.4.2.	Die Entwicklung der Suicidhäufigkeit in der Bundesrepublik 1965 - 1970	20
3.1.5.	Die Jahresperiodik der Suicidversuche	23
3.1.6.	Die Wochenperiodik der Suicidversuche	26
3.1.7.	Die Tagesperiodik der Suicidversuche	28

		Seite
3.2.	Angaben zur Person des Patienten	31
3.2.1.	Altersverteilung der Suicidversuchpatienten	31
3.2.2.	Als Gegenüberstelllung zu den Suicidversuchen: Die Altersverteilung der Suicidanten im Bundesgebiet (1969) und in Baden-Württemberg (1966)	36
3.2.3.	Familienstand der Patienten mit Suicidversuch	37
3.2.4.	Flüchtlinge und Ausländer unter den Patienten	38
3.2.5.	Die Struktur der Patientengruppen nach Berufen	39
3.2.5.1.	nach Berufszweigen	39
3.2.5.2.	nach Berufsständen	41
3.3.	Arten und Umstände der Suicidversuche	43
3.3.1.	Methoden der Suicidversuche	43
3.3.2.	Als Gegenüberstellung zu den Suicidversuchen: Methoden bei Suiciden (Beispiel: Statistik Baden-Württemberg 1966)	46
3.3.3.	Alkoholeinfluß bei Suicidversuchen	47
3.3.4.	Ort bei der Ausführung der Suicidversuche	48
3.4.	Auslösende Momente	48
3.4.1.	bei Suicidversuchen	48
3.4.2.	bei Suiciden	52
3.5.	Frühere Suicidversuche der Patienten	53
3.6.	Abhängigkeiten der Suicidversuche von kosmischen Einflüssen	55
3.6.1.	Bisherige Ergebnisse	55
3.6.2.	Eigene Untersuchungen	57
3.7.	Aufschlüsselung der Suicidversuche von in Esslingen-Stadt wohnhaften Patienten nach Stadtteilen	65
IV.	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	70
V.	ZUSAMMENFASSUNG	86
VI.	LITERATURVERZEICHNIS	89

Herrn Prof.Dr.med. D. LANGEN gilt mein besonderer Dank für die Vergabe des Themas, die Beratung und das Referat über diese Arbeit.

Recht herzlich möchte ich mich auch bedanken bei Herrn Dr.med. W. BEPPERLING und seinen Mitarbeitern aus der Psychosomatischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten in Esslingen für die Hilfe während der Durchführung der Untersuchungen.

Vielen Dank auch Herrn Dipl.-Psych. WELLEK vom Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation, Mainz, der mich in statistischen Fragen mit Rat und Tat unterstützte und ebenfalls

Herrn Dipl.-Met. K. HEIGEL vom Medizinmeteorologischen Dienst des Deutschen Wetterdienstes in Bad Tölz, der die Wetterphasen für den Untersuchungsbereich bestimmte.

I. EINLEITUNG

1.1. ALLGEMEINE EINFÜHRUNG

Das Problem des Selbstmordes ist bereits sehr alt. Aktualisiert wird es durch die seit der Nachkriegszeit ständig steigende Zahl von Suicidversuchen, während die Zahl der gelungenen Suicide bezogen auf 100 000 Einwohner neben geringen Schwankungen eher konstant bleibt (LINDEN (20), BAPPERT (1), Statistik (43)).

Es ist ein Problem, welches alle in unserer Gesellschaft angeht, denn die Masse derjenigen, die einen Suicidversuch begehen, ist nicht durch ein besonderes psychiatrisches Krankheitsbild charakterisiert, sondern wird eher durch den Typus des "Mr. Average" dargestellt (BAPPERT (1), RINGEL (26), STENGEL (32), WIELE (36), WINKLER (37)).

Wie aus zahlreichen Arbeiten über Suicid und Suicidversuch hervorgeht (BAPPERT (1), RINGEL (26)), bildet eine Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen im weitesten Sinne die Basis für eine Entwicklung zum Suicid bzw. zum Suicidversuch, welcher mehr als Reaktion auf diese Störung zu verstehen ist.

Es ergibt sich somit die paradoxe Situation: Der Mensch lebt, obwohl in einer großen Gesellschaft, oft allein (gelassen) mit sich und seinen Problemen! Eine Situation, die schließlich in extremer Weise dem entsprechen kann, was RINGEL als praesuicidales Syndrom beschreibt (RINGEL (27)):

- psychische Einengung, konfliktzentriertes Bewußtsein, unfähig, sich für andere Dinge zu öffnen
- Umkehrung der Aggression auf sich selbst
- passiv erlittene Todesphantasien.

Diese Situation ist weitgehend mitbedingt durch das Verhalten in unserer Gesellschaft, wo unreflektiert oft (Schein-) Zielen nachgejagt und häufig dabei wirkliche menschliche Bedürfnisse (Zeit für einander, Zuwendung) vernachlässigt werden.

Mangels Aufzeigen und Existenz echter, respektierter (Lebens-) Werte (statt Konsumrausch) kann schließlich das Leben selbst wertlos erscheinen!

"Gesellschaften mit klaren gemeinsamen Zielen haben ein niedriges Selbstmordrisiko" (LINDEN(20), RINGEL (27)).

Um in der Isolation mit sich selbst die Mauer zu unserem Nächsten zu durchbrechen, wird in einer Zeit der Reizüberflutung (als Folge: Signalvergröberung) schließlich der stärkste uns zur Verfügung stehende Reiz ausgespielt: Unser L e b e n !

"Der Suicidversuch hat eine Appellfunktion: Hilfe ich sterbe! Hilfe ich bin in Not!" (STENGEL (32)).

In einer sich schnell wandelnden Zeit wandeln sich auch die Wertsysteme schneller. Orientierung und Anpassung werden schwieriger. Eben Gelerntes hat bald keine Gültigkeit mehr. Entscheidungen werden häufiger verlangt. Dadurch werden zusätzliche Konfliktquellen geschaffen.

Andererseits wird der Mensch teilweise bewußt durch gesteuerten Lebensstil und Konsum an eine niedrigere Toleranzgrenze gewöhnt. Er wird dabei ein besser beeinflußbarer Konsument, aber auch abhängig und passiv (gemacht) und somit unfähiger eigene Probleme zu ertragen und zu lösen, besonders solche, die nicht mit Geld zu erledigen sind.

Überforderung und Unterforderung stehen sich extrem gegenüber! Das Problem des Siucidversuches kann nicht isoliert, sondern nur im Zusammenhang mit unserer Art der Zivilisation gesehen werden.

Es hat somit für uns alle interessant zu sein, und nur gemeinsam kann die Situation letztlich von allen mit Einsicht geändert werden.

Um gezielt helfen zu können und zu verändern, steht am Anfang die Analyse der ursächlichen Zusammenhänge und Strukturen. Diese Arbeit möchte einen Beitrag dazu leisten und mit dieser Feldstudie die Situation im Esslinger Raum beschreiben, anhand der 410 Suicidversuche, die in den Jahren 1965 - 1970 in den Städtischen Krankenanstalten Esslingen zur Behandlung kamen.

Im besonderen sollen die hier gefundenen Ergebnisse mit denen der "Situationsanalyse des Siucidversuches" von LINDEN in Frankfurt 1969 verglichen werden (LINDEN (20)).

1.2. KURZE CHARAKTERISTIK DES UNTERSUCHUNGSFELDES

1.2.1. DIE STADT ESSLINGEN

Einleitend soll das Untersuchungsfeld mit einigen charakteristischen Gegebenheiten beschrieben werden: Esslingen, 16 km südöstlich von Stuttgart in Baden-Württemberg gelegen, nennt sich selbst eine Industriestadt mit Reichsstadttradition. Seit dem 13. Jahrhundert freie Reichsstadt, von Kriegseinwirkungen verschont, zeigt sie auch heute noch im alten Stadtkern zahlreiche Bauten aus Gotik, Renaissance und Barock. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts erfuhr Esslingen eine starke Industrialisierung mit Höhepunkt um 1830, damals war Esslingen die am intensivsten

industriealisierte Stadt in Baden-Württemberg.
Von seinen 91 000 Einwohnern ist ca. ein Drittel katholisch. Die anderen gehören fast alle der evangelischen Kirche an.

1.2.2. DIE STÄDTISCHEN KRANKENANSTALTEN UND IHR VERSORGUNGSBEREICH

Der Versorgungsbereich der Esslinger Krankenanstalten erstreckt sich nicht nur auf die Stadt Esslingen selbst, sondern auch auf die umliegenden Gemeinden im Landkreis Esslingen. Fast alle Fälle mit einem Suicidversuch werden hierher gebracht (s. Abb. 1).

Dadurch haben wir hier die günstige Situation eines geschlossenen Beobachtungsgebietes. Insgesamt 120 000 - 130 000 Menschen bilden das gesamte Einzugsgebiet der Städtischen Krankenanstalten Esslingen, welche über insgesamt 641 Betten in verschiedenen modern eingerichteten Kliniken verfügen. Neben der Medizinischen, Chirurgischen, Frauen- und Kinderklinik, Abteilungen für HNO und Augen, einem Pathologischen und einem Strahleninstitut ist, um der großen Zahl psychisch gestörter Patienten gerecht zu werden, auch seit vielen Jahren eine psychosomatische Abteilung vorhanden, von Chefarzt Dr. Bepperling aufgebaut und geleitet (BEPPERLING (4), (5)).

Die an sich selbständige Spezialabteilung ist funktionell in die gesamten Krankenanstalten integriert. So werden außer den eigenen 25 stationären Patienten, einer großen Ambulanz, noch zahlreiche Patienten der übrigen Kliniken psychosomatisch mitbetreut.

Dies gilt insbesondere auch für die Patienten mit einem Suicidversuch, die in der Regel zunächst als Notaufnahme in die Medizinische bzw. Chirurgische Klinik eingeliefert werden, wo sie die notwendige Erst-

bzw. Intensivtherapie zur Entgiftung und eventuell Wundversorgung erfahren.

Sobald diese Patienten wieder ansprechbar sind und inzwischen fremdanamnestische Daten aufgenommen wurden, werden sie zur Abschätzung der noch vorhandenen Suicidalität (PÖLDINGER (24)), des psychischen Zustandes und der emotionellen Kontaktaufnahme vom Chefarzt und seinem Team angesehen.

Je nach Beurteilung und den momentanen Möglichkeiten wird dann über eine baldige Entlassung nach Hause, bzw. eine Übernahme in die ambulante oder stationäre Therapie entschieden (BEPPERLING (5), HENSLER (18)).

Werden auch nicht alle Suicidversuch-Patienten in diese Weiterbehandlung übernommen, so wird jedoch keiner entlassen, ohne im Hinblick auf seine noch bestehende Suicidalität vom psychotherapeutisch ausgebildeten Psychiater untersucht worden zu sein.

Für solche und andere Aufgaben der psychosomatischen Abteilung stehen dem Chefarzt bis jetzt 5 Ärzte, 1 - 3 Sozialarbeiter, 1 Krankengymnastin, 1 Beschäftigungstherapeutin und 8 Schwestern zur Verfügung (Vergl. auch: BEPPERLING (4), (5)).

II. METHODIK

2.1. BEZUGSMATERIAL UND AUSGANGSSITUATION

Seiner Zeit wurde noch kein spezielles Schema zur Erstuntersuchung von Patienten mit einem Suicidversuch angewendet, und nur von einem kleinen Teil der Patienten standen ausführliche Unterlagen von Seiten der psychosomatischen Abteilung zur Verfügung. Deshalb bezieht sich diese Arbeit auf die Anamnesen und Befunde, die bei der Notaufnahme in der Medizinischen bzw. Chirurgischen Klinik erhoben wurden. Diesen Umständen entsprechend sind auch die Informationsmengen in den Krankengeschichten teilweise inhomogen, so daß nicht in jedem Fall alle Fragen beantwortet werden konnten.

2.2. METHODE DER AUSWERTUNG DER PATIENTENUNTERLAGEN

Nach einer ersten Durchsicht der Krankengeschichten wurde ein Fragebogen entworfen, mit dessen Hilfe zu jedem Fall vorhandene Daten aufgezeichnet wurden. Dieser Fragebogen erleichterte auch wesentlich die spätere Übertragung auf Lochkarten zur maschinellen Auszählung.

2.3. ÜBERSICHT DER UNTERSUCHTEN PATIENTENMERKMALE

Folgende Merkmale sollten dabei erfaßt werden:

- Zeitliche Zusammenhänge: Jahrgang, Monat, Wochentag, Tageszeit
- Angaben über die Person des Patienten mit sozialen Aspekten: Staatsangehörigkeit, Alter, Geschlecht, Familien- und Berufsstand, Berufszweig, allein oder in Gemeinschaft lebend
- Umstand und Art des Suicidversuches: Art des Suicidversuches, Einwirkung von Alkohol, Medikamenten, chronischen Abusus von Alkohol, Ort des Suicidversuches

- Auslösende Situationen des Suicidversuches: Motivliste mit Angabe der Konfliktbereiche, die zum Suicidversuch führten, pathogene Familiensituation, depressive Syndrome
- Frühere Suicidversuche, befand sich der Patient bereits in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung
- Wetterverhältnisse am Tage des Suicidversuches
- Aufgliederung der Patienten nach Wohnorten bzw. Wohnbereichen in Esslingen-Stadt.

Für alle Merkmale wurden die Häufigkeiten der einzelnen Ausprägungen in der gesamten Patientengruppe, in der Gruppe der Männer sowie in der Gruppe der Frauen bestimmt.

Da alle Patienten mit Suicidversuch aus Esslingen und fast alle aus dem Landkreis Esslingen in die Städt. Krankenanstalten überwiesen werden, können die in die Studie aufgenommenen Fälle als repräsentativ für den Esslinger Raum gelten.

2.4. ERWEITERTER ANAMNESEBOGEN FOR SUICIDPATIENTEN

Die Erfahrungen bei der Auswertung der Krankengeschichten zu Hilfe nehmend wurde dieser erste Erhebungsbogen weiterentwickelt und erweitert und zur Anwendung bei künftigen Erstuntersuchungen von Suicidpatienten empfohlen. Die so wesentlich detailliertere und bei allen Patienten gleichmäßige Dokumentation soll künftige Untersuchungen erleichtern.

Dieser neue Anamnesebogen enthält noch zusätzliche Informationen u.a. über die psychiatrische Diagnose (aufgeführtes Diagnosenschema in Anlehnung an die Typeneinteilung seelischer Störungen von LANGEN (19)), familiäre Momente des Patienten, seine Wohnsituation und außerdem präsuicidale Klagen.

Gerade die zuletzt genannten Faktoren wurden in Arbeiten über Suicidversuche bislang weniger berücksichtigt.

Auf diese präsuicidalen Klagen und ein spezielles präsuicidales Verhalten geht ein neuerdings von STORK/München entwickelter Erhebungsbogen ein.

Der vorliegende Dokumentationsbogen ist so angelegt, daß er leicht auf Lochkarten übertragen werden kann. Die Antworten sind jeweils vorgegeben, so daß der zeitliche Aufwand zum Ausfüllen gering ist und bei der Zeitknappheit der täglichen Routine durchaus vertreten werden kann. Nach einem Erstgespräch, in welches man die Fragen einflechten kann, benötigt man für die Eintragungen nur noch ca. 5-10 Minuten.

Dieser relativ geringe Einsatz lohnt sich in jedem Fall, zumal wenn man bedenkt, daß spätere Nachuntersuchungen der gleichen Patienten wesentlich aufwendiger und oft nicht mehr möglich sind; denn aus Scham und Verdrängung des Gewesenen nimmt die Aufgeschlossenheit der Patienten, die nur bis wenige Tage nach dem Suicidversuch optimal ist, immer mehr ab (LINDEN (20)).

Gerade auch bei Medizinischen und Chirurgischen Notaufnahmen, bei denen nicht immer die Möglichkeit zur Konsultation eines Psychiaters bei jedem Suicidversuch besteht, ist ein solcher Erhebungsbogen als einheitlicher Leitfaden für eine Erstuntersuchung angebracht. Denn wegen häufig wechselnden Personals an diesen Stellen und einem Mangel an Unterweisung in einem einheitlichen Umgang im Erstgespräch mit Patienten nach einem Suicidversuch, sind erfahrungsgemäß die schriftlichen Berichte darüber oft sehr unterschiedlich in Quantität und Qualität. Dies wirkt sich besonders ungünstig bei einer späteren Auswertung aus.

Ein Anamnesebogen soll letztlich helfen zu vermeiden, daß zwar Wesentliches vom Patienten mitgeteilt, aber nicht fixiert wird. (Siehe auch "Markierungsbeleg für Suicidversuche" von GRÖNEBERG et.al aus der Psychiatrischen Klinik II der Freien Universität Berlin (15)).

(A)

PAT. NR. ☐☐☐☐

ERHEBUNGSBOGEN ZUR ERSTUNTERSUCHUNG VON SUICIDPATIENTEN

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: ☐☐ Straße: _____

1) Großstadt (1)
Kleinstadt (2)
Land (3) ☐

2) Geburtstag: ☐☐☐☐☐☐

Geburtsort:
Großstadt (1)
Kleinstadt (2)
3) Land (3) ☐

4) Nationalität: ☐

5) Aufnahmedatum: ☐☐☐☐☐☐

6) Entlassungsdatum: ☐☐☐☐☐☐

7) Wochentag: ☐
MO (1)
DI (2)
MI (3)
DO (4)
FR (5)
SA (6)
SO (7)

8) Uhrzeit: ☐
0-4 (1)
4-8 (2)
8-12 (3)
12-16 (4)
16-20 5)
20-24 (6)

9) Zeit bis zur Einweisung nach SC
bis 1 Std. (1) ☐
bis 2 Std. (2)
bis 5 Std. (3)
bis 8 Std. (4)
über 8 St. (5)

10) Alter: ☐☐

Geschlecht:
männl. (1) ☐
weibl. (2)

11) Familienstand: ☐
ledig. (1)
verh. (2)
getrennt. (3)
geschied. (4)
verwitw. (5)

12) Berufsstand: ☐☐
Selbständig.....(1)
Beamter.....(2)
Angestellter....(3)
Handwerker.....(4)
Facharbeiter....(5)
Arbeiter.....(6)
In Ausbildung...(7)
Hausfrau.....(8)
H.u.Berufstätig.(9)
Rentner.....(10)

13) Berufszweig: ☐
Industrie.....(1)
Bauberufe.....(2)
Handel/Vertreter.....(3)
Dienstleistungen.....(4)
Organisation/Verwaltung(5)
Land u. Forstwirtschaft(6)
Ing.u.s. techn. Berufe (7)
Verschiedenes (8)

14) Der Patient lebt allein (1), in Gemeinschaft mit einer (2), zwei (3), drei (4), vier (5), mehr (6) Personen. ☐

15) Biologische Krisen:
Pubertät (1)
Gravidität (2) ☐
Klimakterium (3)
Krankheit (4)
Rekonvaleszenz (5)

16) Ankündigungen des SC: ☐
keine (1)
Information vor (2)
während (3)
nach (4)
der Ausführung

17) Abschiedsbrief: nein (1), ja (2) ☐

18) Ausführung im (1) ☐
außerhalb (2)
des Beziehungsraumes.

19) Rechtzeitiges Auffinden ☐
sehr wahrscheinlich (1)
wahrscheinlich (2)
wenig wahrscheinl. (3)

Anmerkung: Für " Information nicht bekannt" immer eine (0) einsetzen.

PAT. NR. [ ][ ][ ]

[illegible]) Art des Suizidversuches

- durch [illegible]
- Schlafmittel/[illegible]
- narcoulitker
- Neuroleptika
- [illegible]essiv
- [illegible]
- [illegible]

- Erhängen
- Schnittverletzungen
- Ertrinken
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- andere Methoden

[illegible]) SC-Versuch unter Einfluß

- von Alkohol
- Medikamenten
- Drogen

[illegible]) Abrom. Abusus von

- Alkohol
- Nikotin
- Medikamenten
- Drogen

[illegible]) auslösende Situationen

- Konflikt mit Ehepartner
- " " Partner
- Generationskonflikte
- Konflikte [illegible] i.Beruf
- [illegible]
- [illegible] Enttäuschungen
- Isolation

- pathogene Familiensituation
- [illegible] Lebenssituation
- gesellschaftl. Schwierigkeiten
- wirtschaftl. [illegible]
- schlechte [illegible]

[illegible]) bereits SC-Versuch in

- Verwandtschaft
- Eltern (1)
- Geschwister (2)
- weitere Verwandtschaft (3)
- Bekanntschaft (4)
- selbst (5)

[illegible]) früher schon

- "Hervorgerufenes" [illegible]
- ja (1)
- nein (2)
- [illegible]

[illegible]) Anzahl früherer SC-Versuche

Krankheitshintergrund (i.[illegible])

27) Abnorme seelische Reaktionen

- affektive Kurzschlußr. (1)
- einf. situative Konfliktr. (2)
- Erschöpfungsreaktion (3)
- depressive Erlebnisreaktion (4)
- paranoide Reaktion (5)

28) Abnorme seelische Entwicklung

- durchsichtige abnorme u. [illegible] (1)
- paranoide Entwicklung (2)
- neurotische Entw.i.e.[illegible] (3)

29) Abnorme Persönlichkeitsentwicklung

- asthenische Entwicklung (1)
- hypochondrische Entwicklung (2)
- paranoische Entwicklung (3)
- (kern-)neurotische Entw. (4)
- querulatorische Entwicklung (5)
- keine (6)

30) Suchtentwicklung

- Alkohol (1), Medikamenten (2)
- Nikotin (3), Drogen (4)

31) Sexuelle Verhaltensauffälligkeiten

32) Psychosomatische Störungen

33) Involutionsdepression

34) Suicidale Entwicklung (2)
" Reaktion (1)

Präsuicidales Syndrom

35) Psychosen

- manisch-depressiver (1)
- schizophrener Formenkreis (2)

36) bereits Schädel/Hirntrauma

Hirnorganische Erkrankungen

37) bereits in Behandlung

- Psychiatrischer (1)
- Psychotherapeutischer (2)
- Sozialtherapeutischer (3)
- anderer Stellen (4)

Anmerkung:
Bei Antworten ohne vorgegebene Nummern im Bejahungsfall eine 1 einsetzen, sonst (0) oder frei lassen.

(C)

PAT. NR.

) [illegible] lagen des Patienten

- normale Körperlichkeit
- [illegible]
- Appetitlosigkeit
- Lustlosigkeit
- Antriebsmangel
- Leistungsabfall
- Konzentrationsschwäche
- Unbefinden
- Schlafstörungen
- [illegible]

Erschöpfungszustände
- [illegible]
- Angstzustände
- [illegible]
- [illegible]
- andere Wahrnehmungsstörungen
- [illegible] Beschwerden

Kopfschmerzen
Schwindel
Schwarz werden
Sehstörungen

- Atemnot [illegible]
- Brustschmerzen
- [illegible]

Übelkeit
Erbrechen
Kreislaufstörungen
Abdominelle Beschwerden

- Gelenkschmerzen
- [illegible] (1)
- [illegible] (2)

) Wie lange bestehen Störungen bereits?

- weniger als 1 Woche (1)
- " " 2 Wochen (2)
- " " 1 Monat (3)
- seit Monaten (4)
- seit Jahren (5)

) Ein Arzt wurde deshalb aufgesucht

- ja (1)
- nein (2)

Therapie

Akuttherapie
- [illegible] Erstversorgung (1)
- Intensiv-Pflege
- Chirurgische Intervention (3)

Rehabilitative Therapie
- [illegible] (1)
- Gerontopsychiatrie (2)
- Ergotherapeutin (3)

Ambulante Einzelbehandlung
- Krankengymnastik (1)
- Ergotherapeutin (2)
- Sprachtherapeutin (3)

Familiäre Situation des Patienten

44) Wie Eltern der Pat. sind

- ledig (1)
- verheiratet
- getrennt lebend (3)
- geschieden (4)
- verwitwet (5)

45) Der Pat. ist aufgewachsen bei:

- beide Eltern (1)
- [illegible] (2)
- [illegible] (3)
- Großeltern (4)
- Pflegeeltern (5)
- Heim (6)
- [illegible] (7)

46) Geschwisterfolge des Pat. [illegible]

- Ältestes Kind
- mittleres Kind (2)
- jüngstes Kind (3)
- einziges Kind (4)

47) Anzahl der Geschwister [illegible]

- zwei (2)
- drei (3)
- vier (3)
- fünf (4)
- sechs u. mehr (5)

48) Wohnsituation des Patienten

- Unterkunft (1)
- Mietwohnung (2)
- Eigentumswohnung (3)
- Eigenheim (4)

Landbesitz

- 2 Zimmer (1)
- 3 Zimmer (2)
- 4 Zimmer (3)
- 5 u. mehr Zi. (4)

49) Elterfahrungen

- [illegible] (1)
- 2 (2)
- [illegible] (3)
- 4 (4)
- 5 (5)
- 6 (6)
- 6 (7)
- [illegible] (8)

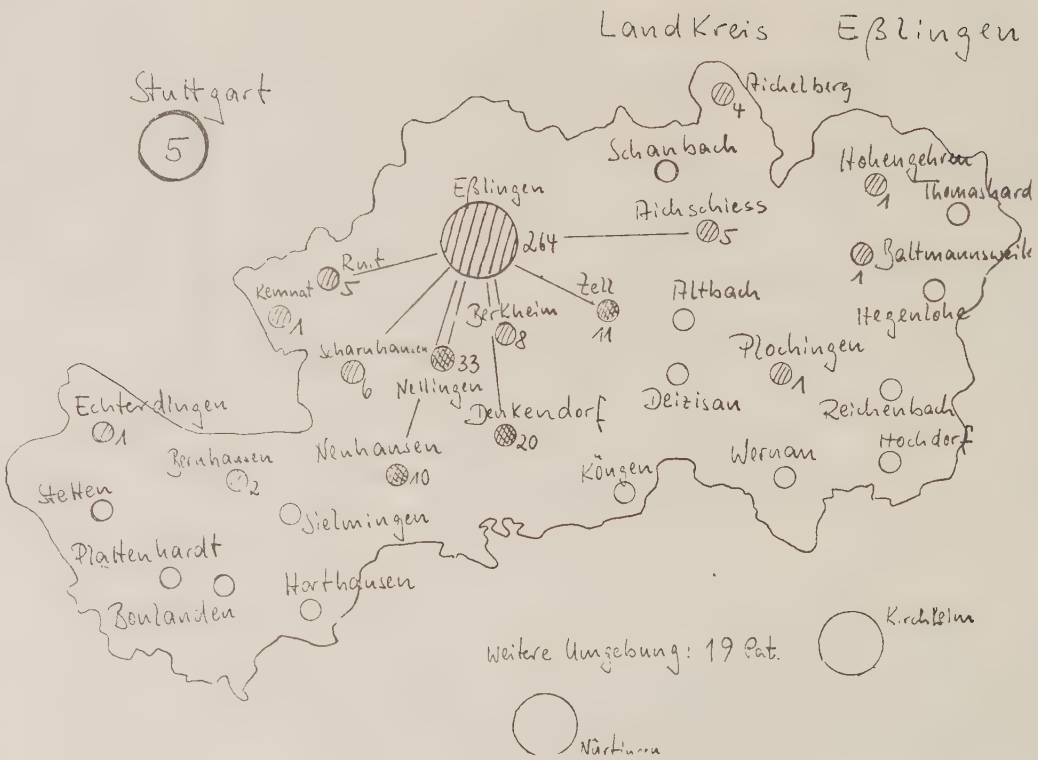


Abb. 1:

Graphische Veranschaulichung der Verteilung der beobachteten Suicidversuchpatienten auf verschiedene Wohngebiete im Landkreis Esslingen (Weitere Erläuterung siehe 3.1.1.).

	Anzahl der Patienten	in %
Esslingen-Stadt	264	64.4
Nellingen	33	8.o
Berkheim	8	2.o
Nähere Umgebung	69	16.6
Aichelberg	4	1.o
Aichschieß	5	1.2
Baltmannsweiler	1	o.2
Bernhausen	2	o.5
Denkendorf	20	4.9
Echterdingen	1	o.2
Fellbach	1	o.2
Hohengehren	1	o.2
Kemnat	1	o.2
Neuhausen	10	2.4
Plochingen	1	o.2
Ruit	5	1.2
Scharnhausen	6	1.5
Zell	11	2.7
Stuttgart	5	1.2
Weitere Umgebung	18	4.4
unbekannt	13	3.2
Insgesamt	410	100.0 %

Tab. 1: Aufgliederung der Suicidversuchpatienten nach dem Wohnort (410 Patienten, 1965 - 1970).

III. UNTERSUCHUNGSBEFUNDE

Nun soll das erfaßte Patientengut nach den bezüglich der einzelnen Merkmale des Erhebungsbogens beobachteten Häufigkeiten beschrieben werden. Dabei soll bei einigen Merkmalen eine Gegenüberstellung zu Befunden bei gelungenen Suiciden erfolgen.

Die Abhandlung der Themenkreise geschieht in der Reihenfolge, wie sie im Anamnesebogen abgehandelt werden.

3.1. ZEITLICHE ZUSAMMENHÄNGE DER SUICIDVERSUCHE IM UNTERSUCHUNGSFELD

3.1.1. GEOGRAPHISCHE ÜBERSICHT DER WOHNORTE DER SUICIDVERSUCHPATIENTEN IM LANDKREIS ESSLINGEN

Zum besseren Verständnis soll zu Beginn diese kurze geographische Orientierung gegeben werden. Die Abb. 1 zeigt das Einzugsgebiet der Städt. Krankenanstalten Esslingen bzw. den gesamten Landkreis Esslingen.

Vom 1. Januar 1965 bis 31. Dezember 1970 wurden 410 Patienten mit der Diagnose eines Suicidversuches behandelt.

Von diesen 410 Patienten stammten 264 (64.4%) direkt aus Esslingen. In seiner näheren Umgebung wiesen besonders die Gemeinden Nellingen (33 Patienten = 8%), Denkendorf (20 Patienten = 4.9%), Zell (11 Patienten = 2.7%) und Neuhausen (10 Patienten = 2.4%) relativ hohe Einlieferungsquoten auf.
(Weitere Einzelheiten siehe Abb. 1 und Tab. 1).

3.1.2. SUICIDVERSUCHE AUFGEGLIEDERT NACH JAHREN

Jahr	Gesamtkollektiv		Teilkollektiv Stadt Esslingen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1965	77	18.8	42	15.9
1966	56	13.7	29	11.o
1967	55	13.4	35	13.3
1968	66	16.1	35	13.3
1969	88	21.4	65	24.6
1970	68	16.6	58	21.9
	410	100 %	264	100 %

Tab. 2: Gegenüberstellung des gesamten Patientenmaterials und der Patientengruppe mit Wohnsitz in Esslingen-Stadt nach Verteilung auf die einzelnen Krankenblattjahrgänge zwischen 1965 und 1970 (Siehe auch Abb. 2).

Die Darstellung der Suicidversuche nach Aufnahmejahrgängen (Tab. 2, Abb. 2) zeigt einen Abfall von 77 Suicidversuchpatienten 1965 auf unter 60 in den Jahren 1966/67. 1968 steigt die Zahl der Patienten an, erreicht 1969 einen Höhepunkt mit 88 Fällen und geht 1970 wieder auf 68 Patienten zurück.

Aus der Übersicht erkennt man ebenfalls, daß die Gesamtzunahme 1969/70 durch ein wesentliches Ansteigen der Zahl von Suicidversuchpatienten aus Esslingen-Stadt bedingt war. Der Anteil aus seiner Umgebung hatte dagegen abgenommen. Diese zuletzt genannte Tatsache kann sicherlich mit der Neueröffnung eines Krankenhauses in Ruit erklärt werden.

Hervorgehoben werden sollte nochmal die Zunahme der Häufigkeit von Suicidversuchpatienten aus Esslingen-Stadt um 30 im Jahre 1969 und um 23 im Jahre 1970 gegenüber dem Wert von 1969.

Dies bedeutet eine Steigerung von 86% bzw. 66% !

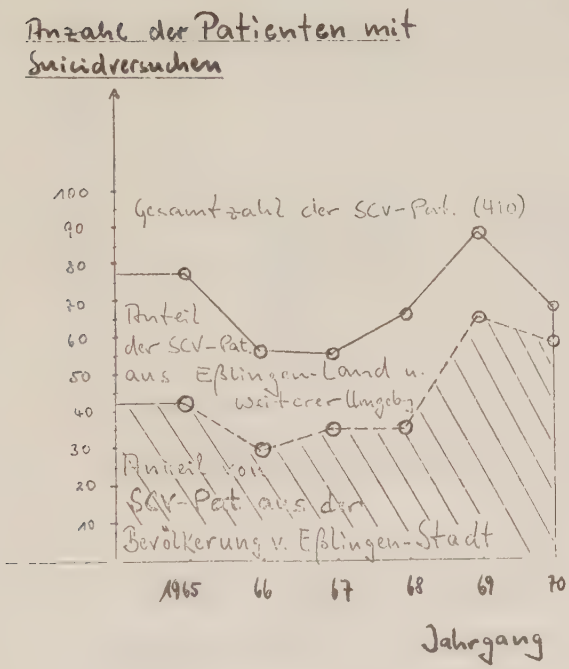


Abb. 2:

Häufigkeitsverteilung der Aufnahmejahrgänge im gesamten Patientengut (oberes Profil) und im Teilkollektiv der in Esslingen-Stadt wohnhaften Suicidversuchpatienten.

3.1.3. SUICIDVERSUCHE AUFGEGLIEDERT NACH DEM GESCHLECHT

Die Gesamtzahl der 410 Patienten mit Suicidversuch teilte sich auf in 248 weibliche (60.5%) und 162 männliche (39.5%).
Zieht man zum Vergleich die Verhältnisse der Geschlechtsverteilung in der Esslinger Wohnbevölkerung heran, so fällt das Überwiegen der weiblichen Patienten noch deutlicher auf (siehe Tab. 3). Laut der amtlichen Esslinger Statistik (38) liegt die Verteilung nämlich bei 50% ♀ : 50% ♂.

Geschlecht	Patientengut Anzahl	in %	Wohnbevölkerung von Esslingen in %
männlich	162	39.5	50.03
weiblich	248	60.5	49.97

Tab. 3: Gegenüberstellung der im Gesamtkollektiv der 410 Suicidversuchpatienten beobachteten und in der amtlichen Statistik für Esslingen angegebenen Geschlechtsverteilung.

Das Ergebnis deckt sich mit dem von anderen Autoren, wie z.B. den Untersuchungen von LINDEN in Frankfurt 1969 (58.5% ♀ : 41.5% ♂) und von BELECKE und KLEIN 1970 am Allgemeinen Krankenhaus Wandsbeck in Hamburg (63.5% ♀ : 36.5% ♂)(3) und von BÖCKER in der Universitäts-Nervenklinik Köln 1973 (58.4% ♀ : 41.6% ♂)(7).

Eine genaue Aufgliederung nach männlichen und weiblichen Patienten in den einzelnen Jahrgängen 1965 - 1970 wird in Tab. 4 vorgenommen. Es zeigt sich, daß die erwähnte Überrepräsentierung von weiblichen Patienten im Beobachtungskollektiv auch in den Jahrgängen deutlich hervortritt.

Jahr	Gesamtkollektiv		davon				♂ + ♀
	Anzahl	in %	♂	in %	♀	in %	in %
1965	77	18.8	33	43	44	57	1oo
1966	57	13.7	18	32	39	68	1oo
1967	55	13.4	22	4o	33	6o	1oo
1968	65	16.1	26	4o	39	6o	1oo
1969	88	21.4	35	4o	53	6o	1oo
1970	68	16.6	28	41	4o	59	1oo
gesamt	410	100	162		248		

Tab. 4: Aufgliederung der Patienten mit Suicidversuch nach Aufnahmejahrgang und Geschlecht.

3.1.4. ALS GEGENÜBERSTELLUNG ZU DEN SUICIDVERSUCHEN:

3.1.4.1. DIE ENTWICKLUNG DER SUICIDHÄUFIGKEIT IM LANDKREIS ESSLINGEN VON 1965 - 1970

Die eben dargestellte Geschlechterverteilung bei den Suicidversuchen unterscheidet sich somit deutlich von der bei gelungenen Suiciden, wo eindeutig die Männer überwiegen. Dieser Sachverhalt wird in den Arbeiten von BAPPERT (1), DOTZAUER (9), SCHRAMM (31), MEYTHALER (22) u.a. hervorgehoben und kann auch für das vorliegende Untersuchungsgebiet bestätigt werden.

Das Statistische Landesamt von Baden-Württemberg hat für den Landkreis Esslingen in den Jahren 1965 - 1970 insgesamt 237 Suicide registriert. Davon waren 159 Männer (66.5%) und nur 78 Frauen (33.5%) (41).

Dies soll in Abb. 3 nochmal graphisch dargestellt werden. Zum Vergleich die Suicidversuche, welche im gleichen Zeitraum in den Städt. Krankenanstalten Esslingen zur Behandlung kamen (Abb. 4). Es fällt auf, daß das Maximum der Suicidhäufigkeiten (1967) mit einem Minimum auf dem Profil für die Suicidversuche zusammenfällt.

3.1.4.2. DIE ENTWICKLUNG DER SUICIDHÄUFIGKEIT IN DER BRD VON 1965 - 1970 (43)

Über die Entwicklung der Suicide in der Bundesrepublik gibt die Abb. 5 Auskunft. Danach hat sich die Gesamtzahl der Suicide seit 1965 wesentlich erhöht. Sie stieg von 11 800 auf über 13 000 im Jahre 1970. Dies entspricht einem Anstieg von 10.2%. Stellt man jedoch die Suicide bezogen auf 100 000 Einwohner dar, so sehen die Verhältnisse günstiger aus.
1965 waren es 20.0 Suicide pro 100 000 Einwohner, 1970 21.1 Suicide. Bei den Männern stiegen die Werte von 26.8 auf 27.9, in der Gruppe der Frauen von 13.8 auf 14.9 Suicide pro 100 000 männlicher bzw. weiblicher Einwohner. Dies entspricht nur einem allgemeinen Anstieg von 5.5%, bezogen auf die Daten von 1965.
Interessanterweise stellt sich der (in der Kurve der Suicide aus dem Landkreis Esslingen) erwähnte Gipfel von 1967 auch in der Übersicht der Suicide für die gesamte Bundesrepublik dar.

Abb. 3:

Die Suicide im Landkreis Esslingen (1965 - 1970) laut Statistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg (41).

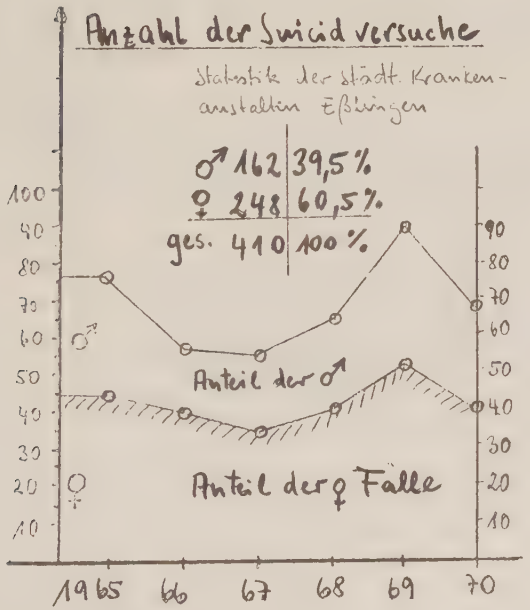


Abb. 4:

Die Suicidversuche, die in den Jahren 1965 - 1970 zur Behandlung kamen, laut Statistik der Städt. Krankenanstalten Esslingen.

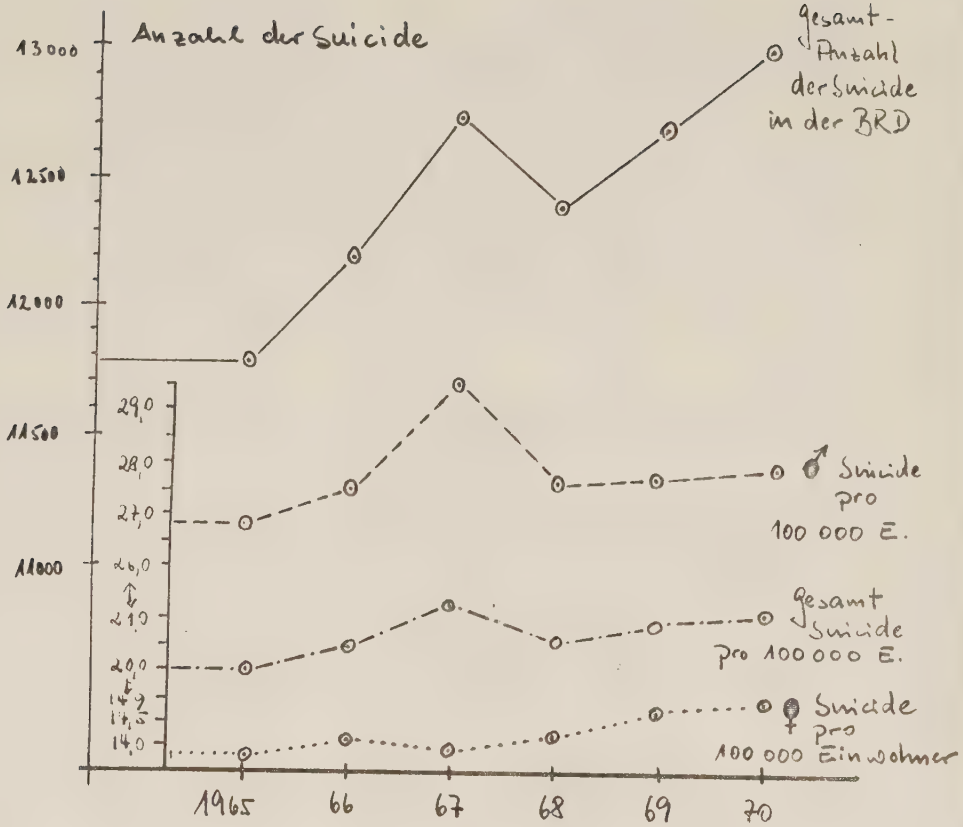


Abb. 5: Die Suicidhäufigkeit im Bundesgebiet in den Jahren 1965 - 1970 (43).

3.1.5. DIE JAHRESPERIODIK DER SUICIDVERSUCHE

Im weiteren soll auf die Jahres-, Wochen- und Tagesperiodik der Suisidversuche eingegangen werden.

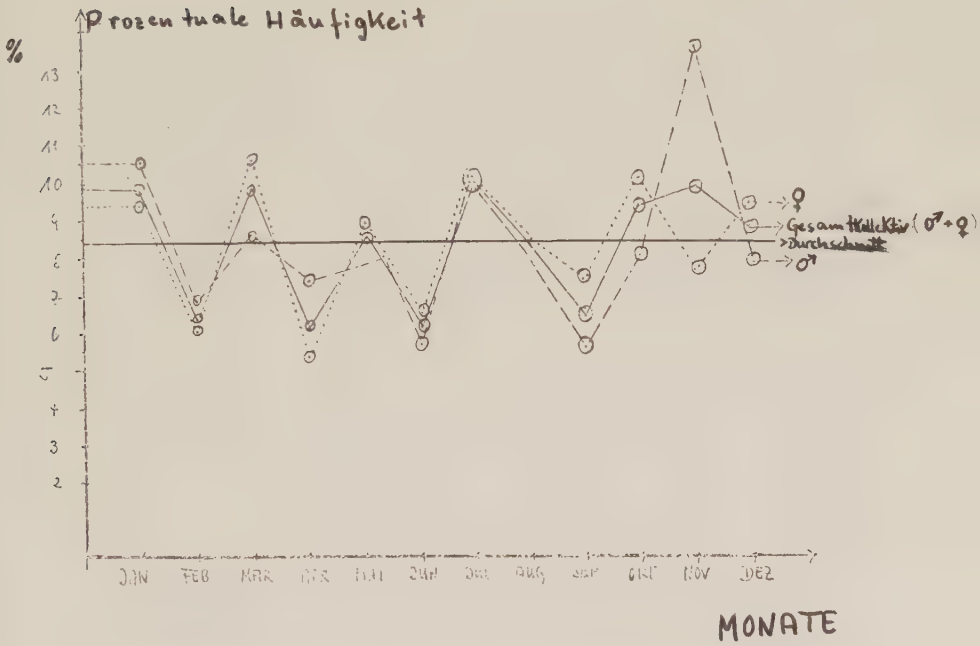


Abb. 6: zeigt die Jahresperiodik der Suicidversuche an Hand der Verteilung der nach Monaten charakterisierten Suicidzeitpunkte im Gesamtkollektiv, sowie in den beiden geschlechtsspezifischen Teilkollektiven.

Als Vergleichsgröße wurde der Jahresdurchschnitt eingeführt.
Falls die Suicidversuche gleichmäßig über das ganze Jahr verteilt wären, würde auf jeden Monat ein Anteil von 8.3% (100% / 12 = 8.3%) vom gesamten Patientengut fallen.
Bezogen auf 410 Fälle wären somit jeden Monat 34 Patienten mit Suicidversuch zu erwarten. Das Profil, welches in Abb. 6 die tatsächliche prozentuale Häufigkeit der Suicidversuche in jedem Monat darstellt, ist allerdings keine Gerade, die dem erwähnten Jahresdurchschnitt entsprechen würde. Vielmehr deuten die Monate März, Juli, Oktober und November einen Frühjahrs-, Sommer- und Spätherbstgipfel an. Dieser Frühjahrs- und Spätherbstgipfel ist bereits von anderen Untersuchern bestätigt worden (BAYREUTHER (2), BÖCKER (7), BELECKE und KLEIN (3), u. a.).
Im einzelnen liegen die Monate Januar, März, Juli, Oktober und November mit 1 - 1.7% über dem Jahresdurchschnitt von 8.3%. Die niedrigsten relativen Häufigkeiten fanden sich für die Monate Februar, April, Juni und September. Die übrigen Monate liegen dicht beim Durchschnitt.
Faßt man die Monate Oktober bis März und April bis September zusammen, so ergeben sich für das Winterhalbjahr 8.3% (= 34 Fälle) mehr Suicidversuche als für das Sommerhalbjahr.
Diese Tendenz ist bei den Männern mit 9.o% stärker ausgeprägt als bei den Frauen (6.4%).
Die Kurven für Männer und Frauen getrennt sind weitgehend gleichgerichtet. Die größten Häufigkeitsschwankungen wurden bei den Frauen im Frühjahr (März 1o.5%, April 5.2%), bei den Männern im Spätherbst beobachtet (September 5.6%, November 13.6%). Somit sind für den Frühjahrsgipfel besonders die Frauen, für den Spätherbstgipfel hauptsächlich die Männer verantwortlich.

Auffällig war das starke Ansteigen der Suicidversuche bei Männern vom Minimum im September bis zum Maximum in November. Ein Unterschied von 8 % ! Bei den Frauen steigt die Häufigkeit zwar in diesem Zeitraum im Oktober etwas an, erreicht ein Maximum; fällt dann aber im November wieder unter den Jahresdurchschnitt.

Monat	Gesamtkollektiv		davon			
	Anzahl	in %	♂	in %	♀	in %
Jan	4o	9.8	17	1o.5	23	9.3
Febr	26	6.3	11	6.8	15	6.o
März	4o	9.8	14	8.6	26	1o.5
April	25	6.1	12	7.4	13	5.2
Mai	35	8.5	13	8.o	22	8.9
Juni	25	6.1	9	5.6	16	6.5
Juli	41	1o.o	16	9.9	25	1o.1
Aug	34	8.3	13	8.o	21	8.5
Sept	27	6.5	9	5.6	18	7.3
Okt	38	9.3	13	8.o	25	1o.1
Nov	41	1o.o	22	13.6	19	7.7
Dez	36	8.8	13	8.o	23	9.3
unbek	2	o.5	-	-	2	o.6
gesamt	410	100	162	100	248	100

Tab. 5: Aufschlüsselung des Patientengutes nach jahreszeitlicher Lokalisation des Suicidversuches und nach Geschlecht.

3.1.6. DIE WOCHENPERIODIK DER SUICIDVERSUCHE

Bereits aus der klinischen Erfahrung erweist sich eine gewisse Wochenperiodik der Suicidversuche. Sie soll im folgenden Abschnitt untersucht werden.

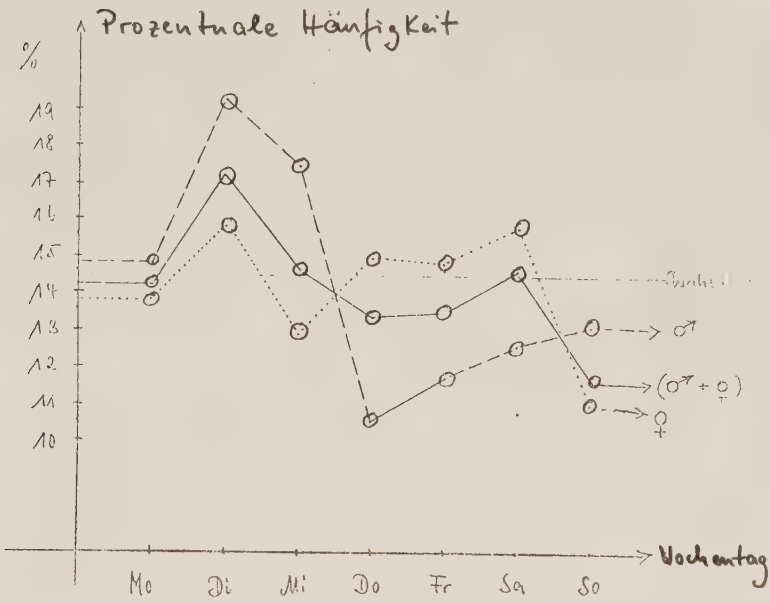


Abb. 7: Prozentuale Verteilung der Wochentage, an denen die Suicidversuche begangen wurden, im Gesamtkollektiv und in den beiden geschlechtsspezifischen Teilkollektiven.

Auch hier wurde wieder ein Wochendurchschnitt zum Vergleich angenommen, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der Suicidversuche auf alle Wochentage ergäbe (100 % : 7 = 14.3%).

Die für das Gesamtkollektiv ermittelte Verteilung zeigt einen Anstieg vom Minimum am Sonntag (11.7%) zum Maximum am Dienstag (17.1%), fällt zur Wochenmitte wieder ab unter den Wochendurchschnitt von 14.3% und steigt zum Wochenende erneut leicht an.

Das Profil für die Männer hat ihr Maximum am Dienstag (19.1%) und fällt dann bis zum Donnerstag auf 1o.5%.
Bei den Frauen ergeben sich weniger starke Schwankungen. Das Häufigkeitsprofil macht zwar die Schwankungen mit für das Gesamtkollektiv, hält sich aber dabei dicht beim Wochendurchschnitt.
Besonders wenige Suicidversuche der Frauen fanden am Sonntag (1o.9%) statt. Nach den eigenen Beobachtungen überwogen von Montag bis Mittwoch (Wochenanfang) die Suicidversuche der Männer, von Donnerstag bis Samstag (Wochenende) die der Frauen.
Am Sonntag lagen für beide die Werte unter dem Wochendurchschnitt

BAYREUTHER (2), PARNITZKE (23), SCHRAMM (31), BELECKE und KLEIN (3) heben ebenfalls einen Gipfel am Wochenanfang hervor. Allerdings wird in ihren Untersuchungen das Maximum bereits am Montag erreicht. Dies wird auch vom Statistischen Landesamt in Baden-Württemberg bestätigt. Da es sich bei diesen Vergleichsergebnissen außer den Angaben von BELECKE und KLEIN um Untersuchungen von gelungenen Suiciden handelt, scheint in dieser Hinsicht kein Unterschied zwischen Suicidversuchen und gelungenen Suiciden zu bestehen.

Interessanterweise fanden auch BELECKE und KLEIN für Männer einen Gipfel am Dienstag und einen am Freitag.
In der vorliegenden Arbeit ist aber der Freitaggipfel durch ein Ansteigen der Rate für Suicidversuche bei Frauen bedingt.

Wochentag	Gesamtkollektiv		davon			
	Anzahl	in %	♂	in %	♀	in %
Montag	58	14.1	24	14.8	34	13.7
Dienstag	70	17.1	31	19.1	39	15.7
Mittwoch	60	14.6	28	17.3	32	12.9
Donnerstag	54	13.2	17	1o.5	37	14.9
Freitag	55	13.4	19	11.7	36	14.6
Samstag	59	14.4	20	12.3	39	15.7
Sonntag	48	11.7	21	13.o	27	1o.9
unbek	6	1.5	2	1.3	4	1.6
gesamt	410	100	162	100	248	100

Tab. 6: Verteilung der Wochentage, an denen die Suicidversuche begangen wurden, im Gesamtkollektiv und in den beiden geschlechtsspezifischen Teilkollektiven.

3.1.7. DIE TAGESPERIODIK DER SUICIDVERSUCHE

Als nächstes soll die Tagesperiodik untersucht werden. Der Tag wurde in sechs Abschnitte zu jevier Stunden eingeteilt, beginnend mit dem Intervall 0 bis 4 Uhr.
Die gefundenen Daten zeigt die Abb. 8. Für 26.6% der Fälle konnte nachträglich aus den Krankenunterlagen die Tageszeit des Suicidversuches nicht mehr eruiert werden.

Für die Fälle mit bekanntem Zeitpunkt des Suicidversuches ergab sich ein Minimum während der Nachtstunden (0 - 8 Uhr), dann ein langsamer, steter Anstieg bis zum Maximum zwischen 20 - 24 Uhr. Insgesamt kann man aus den erhaltenen Daten entnehmen, daß die Mehrzahl der Suicidversuche erst nach dem Feierabend, also zwischen 16 und 24 Uhr begangen wurden, mit dem Hauptgewicht auf um und nach 20 Uhr.

Vergleicht man die Zeiten der Suicidversuche bei Männern und Frauen, so ergeben sich nur geringe Unterschiede (Siehe auch Tab. 7 und Abb. 8).

Uhrzeit	Gesamtkollektiv		davon			
	Anzahl	in %	♂	in %	♀	in %
0 - 4	17	4.1	8	4.9	9	3.6
4 - 8	13	3.2	5	3.1	8	3.2
8 - 12	49	12.o	16	9.9	33	13.3
12 - 16	59	14.4	25	15.4	34	13.7
16 - 20	64	15.6	21	13.o	43	17.4
20 - 24	99	24.1	39	24.1	60	24.2
unbek	109	26.6	48	29.6	61	24.6
gesamt	410	100	162	100	248	100

Tab. 7: Aufteilung der Suicidversuche nach Tageszeit und Geschlecht.

PARNITZKE (23) fand die Abendzeit für Suicidversuche und für Suicide die frühen Morgenstunden und den Vormittag als überrepräsentierte Tageszeiten.

BAYREUTHER (2) gibt einen Anstieg der Suicide mit Beginn der Tagesarbeit und einen zweiten Gipfel am Feierabend an.

Bei BELECKE und KLEIN (3) ist ebenfalls der Tagesgang der Suicidversuche bei Männern und Frauen im Wesentlichen gleich. Auch bei ihnen liegt der Gipfel in den Abendstunden nach 19 - 23 Uhr.
Die Morgenstunden treten im Gegensatz zu den gelungenen Suiciden nicht besonders hervor.
Die von BELECKE und KLEIN (3) und den anderen Untersuchern gemachten Angaben hinsichtlich der Tagesperiodik für Suicidversuche stimmen so mit den eigenen Ergebnissen überein.

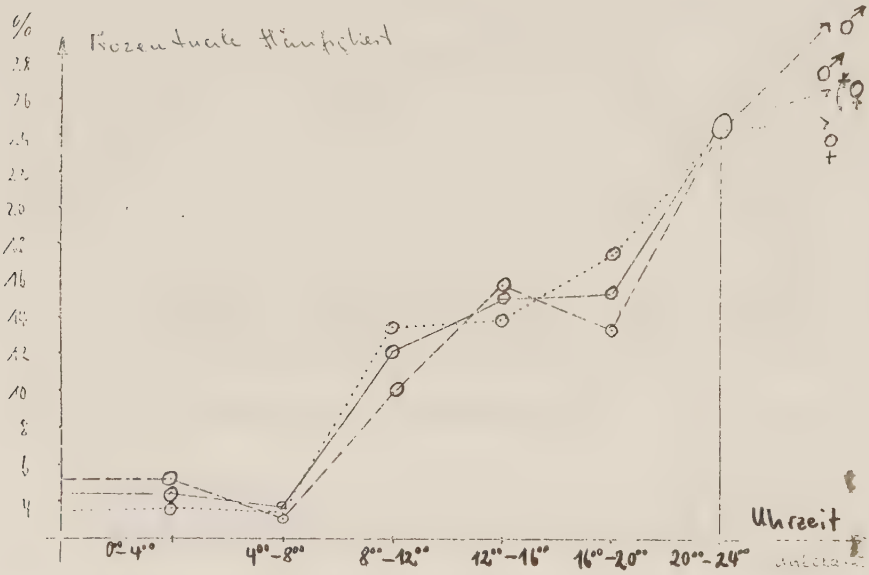


Abb. 8: Prozentuale Verteilung der Zeiten der Suicidversuche im Gesamtkollektiv und in den beiden geschlechtsspezifischen Teilkollektiven.

3.2. ANGABEN ZUR PERSON DES PATIENTEN MIT SUICIDVERSUCH

3.2.1. ALTERSVERTEILUNG DER PATIENTEN MIT SUICIDVERSUCH

Zu Beginn sei ein Überblick gegeben über den Anteil der einzelnen Altersgruppen unter den Patienten. Es wird nach männlich und weiblich unterschieden (Abb. 9).

Die Patienten wurden zunächst in Altersgruppen eingeteilt und deren prozentuale Anteile am Gesamtkollektiv bzw. an den Teilkollektiven (Männer und Frauen) errechnet (Tab. 8).

Alter	Gesamtkollektiv		davon			
	Anzahl	in %	♂	in %	♀	in %
0 - 10	0	-	0	-	0	-
11 - 15	8	1.9	2	1.2	6	2.4
16 - 20	57	13.9	20	12.4	37	14.9
21 - 25	72	17.6	26	16.o	46	18.6
26 - 30	57	13.9	24	14.8	33	13.3
31 - 40	82	2o.o	36	22.3	46	18.6
41 - 50	61	14.9	24	18.8	37	14.9
51 - 60	45	11.o	18	11.1	27	1o.9
= 61	26	6.3	12	7.4	14	5.6
unbek	2	o.5	0	-	2	o.8
gesamt	410	100	162	100	248	100

Tab. 8: Altersgruppenverteilung im Gesamtkollektiv und in den geschlechtsbezogenen Teilkollektiven.

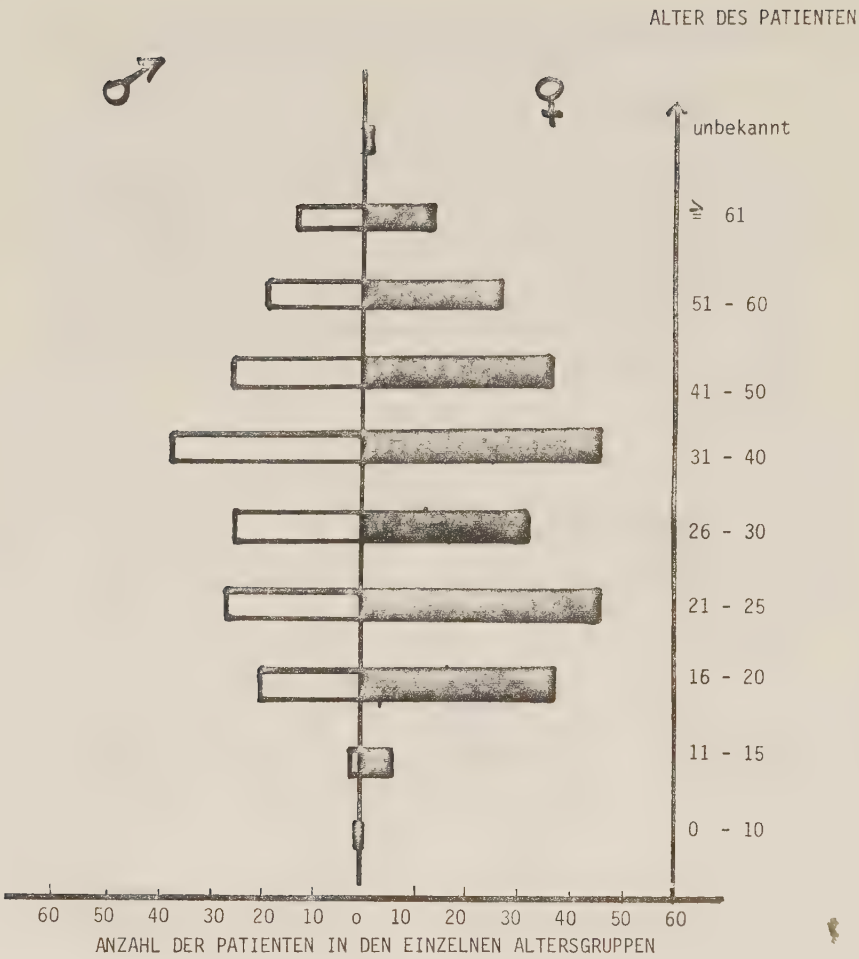


Abb. 9: Geschlechtsspezifische Altersverteilung im Beobachtungskollektiv von 410 Suicidversuchpatienten.

Um zu prüfen, ob diese Altersverteilung unter den Patienten mit Suicidversuch nur das Altersprofil der Bevölkerung im Esslinger Raum widerspiegelt, wurden die Altersprofile der Patientengruppe und der Einwohner von Esslingen-Stadt gemäß amtlicher Statistik gegenübergestellt (39). Da jedoch die Gruppe der Personen bis zum 15. Lebensjahr beim Suicidgeschehen kaum beteiligt (1.9%), dagegen in der Esslinger Bevölkerung mit 2o.2% repräsentiert war, wurden sie auch bei dem Vergleich nicht berücksichtigt.

So wurde nur das Teilkollektiv der Suicidversuchpatienten, die 16 Jahre und älter waren (98.1% aller Patienten) mit dem entsprechenden Teilkollektiv der Esslinger Bevölkerung in den einzelnen Altersgruppen verglichen (Abb. 10, Tab. 9).

(Teilkollektiv Esslingen Personen 16 Jahre und älter (Prozentuierungsbasis) ♂ 36200 + ♀ 36500 = 72700 Personen = 100 %).

Aus der Gegenüberstellung dieser beiden Gruppen (Abb. 10, Tab. 9) fällt der hohe Anteil der Suicidversuchpatienten mit 16 - 25 Jahren auf, der eine deutliche Abweichung von der Altersverteilung der Wohnbevölkerung der Gemeinde Esslingen-Stadt bedeutet. Die größte Häufigkeit der Suicidversuche liegt in der Gruppe der 21 - 25 jährigen. Insgesamt waren 47.3% der Patienten jünger als 31 Jahre. Der zweite Gipfel in der Altersverteilung der Patienten mit Suicidversuch liegt bei den 31 - 40 jährigen und stimmt mit 2o.4% recht genau mit den Werten der Bevölkerungsstatistik für diesen Altersabschnitt überein. Für die älteren Patienten liegen die Werte niedriger als die Bevölkerungsstatistik erwarten ließe.

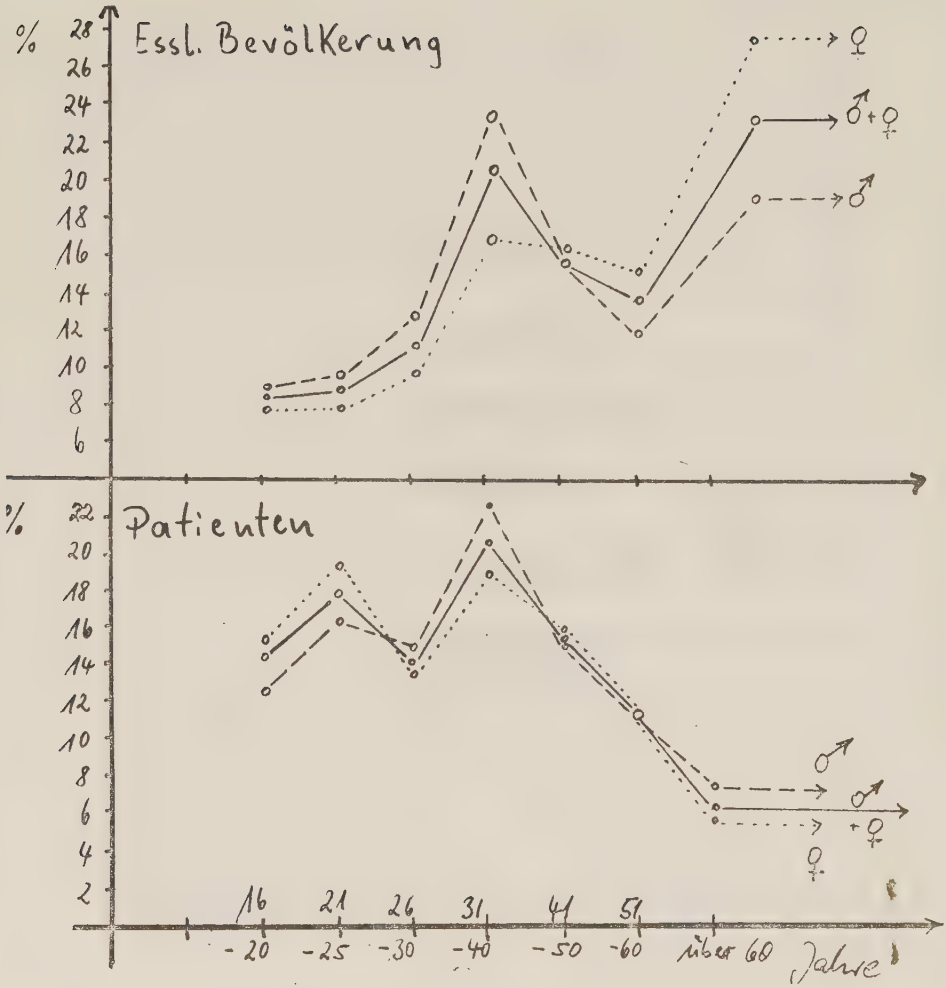


Abb. 10: Altersgruppenvergleich des Patiententeilkollektivs der über 16 jährigen mit dem entsprechenden Teilkollektiv der Esslinger Bevölkerung (Die Punkte repräsentieren die prozentuale Häufigkeit der jeweiligen Altersklasse).

	Patientenkollektiv			Esslinger Bevölkerung		
Alter	ges.%	♂%	♀%	ges.%	♂%	♀%
16 - 2o	14.2	12.5	15.3	8.3	8.6	7.6
21 - 25	17.9	16.3	19.o	8.5	9.4	7.6
26 - 3o	14.2	15.o	13.6	11.o	12.4	9.5
31 - 4o	2o.4	22.5	19.o	2o.o	23.3.	16.7
41 - 5o	15.2	15.o	15.3	15.6	15.5	16.1
51 - 6o	11.2	11.2	11.2	13.4	11.9	15.o
61 +	6.4	7.5	5.8	23.2	18.9	27.5
unbek	o.5	-	o.8	-	-	-
	100	100	100	100	100	100

Tab. 9: Altersgruppenverteilung für die über 16 jährigen des Patientenkollektivs und der Esslinger Bevölkerung.

Als weitere Abweichung vom Altersaufbau der allgemeinen Wohnbevölkerung läßt sich bei den Suicidversuchpatienten in der Gruppe der 16 - 25 jährigen gegenüber dem Wert für die männlichen Patienten größere relative Häufigkeit im Teilkollektiv der Frauen und bei den über 6o jährigen eine Umkehrung dieses Verhältnisses feststellen.

Bei BELECKE und KLEIN in Hamburg (3) sind 50% der Suicidversuchpatienten jünger als 36 Jahre, bei LINDEN in Frankfurt (20) macht der Patientenanteil bis zum Alter von 30 Jahren schon über 60% aus. Dort liegt das Maximum wie bei den eigenen Ergebnissen in der Gruppe der 21 - 25 jährigen.

Je älter die Patienten werden, desto eher wird aus dem Suicidversuch ein gelungener Suicid. Während, wie aus den Unterlagen ersichtlich, die Häufigkeit der Suicidversuche mit steigendem Lebensalter abnimmt, wächst die der Suicide (DOTZAUER (9), BAPPERT (1), BÖCKER (7), eigene Ergebnisse: Abb. 10, Abb. 11).

3.2.2. ALS GEGENÜBERSTELLUNG ZU DEN SUICIDVERSUCHEN:

Die Altersverteilung der Suicidanten im Bundesgebiet (1969) und in Baden-Württemberg (1966).

Einen Überblick über die Selbstmorde in der Bundesrepublik und in Baden-Württemberg geben die beiden Berichte vom Statistischen Bundesamt (1969) (44) und vom Statistischen Landesamt (1966) (40). Es fällt auf, daß der Anteil der Frauen nur halb so groß wie der Anteil der Männer ist.
Die Zunahme der Suicide in hohen Altersgruppen wurde bereits oben erwähnt.

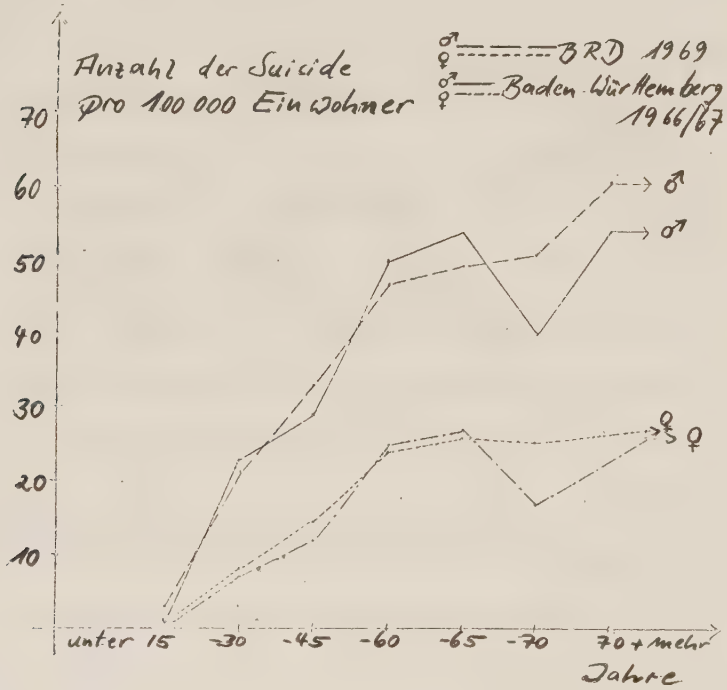


Abb. 11: Das Verhalten der Suicidziffern in der Bundesrepublik und in Baden-Württemberg in den einzelnen Altersgruppen.

3.2.3. FAMILIENSTAND DER PATIENTEN MIT SUICIDVERSUCH

Der Familienstand ist insofern besonders wichtig, als bestimmte Problemkreise mit ihm gekoppelt sind.

Tab. 10 zeigt den Familienstand der Patienten aus dem vorliegenden Untersuchungsgut.

	Gesamtkollektiv		Teilkollektiv ♂		Teilkollektiv ♀	
Familienstand	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
ledig	137	33.4	68	42.o	69	27.8
verheiratet	222	54.2	72	44.4	15o	6o.5
geschieden	26	6.3	1o	6.2	16	6.5
verwitwet	15	3.7	6	3.7	9	3.6
keine Angabe	1o	2.4	6	3.7	4	1.6
insgesamt	410	100	162	100	248	100

Tab. 10: Aufteilung der Patienten nach dem Familienstand und Geschlecht.

Fam.Stand	Männer	Frauen
ledig	42.2%	36.3%
sonstig.	57.8%	63.7%

Tab. 11: Aufteilung der Bevölkerung von Esslingen-Stadt nach Familienstand und Geschlecht.

Bei den eigenen Untersuchungen machten mit 54.3% die Verheirateten die größte Gruppe aus, gefolgt von den Ledigen mit einem Anteil von 33.4% am Patientengut. Dies entspricht dem Ergebnis von BÖCKER (7), während bei LINDEN (20) in Frankfurt dagegen die Ledigen mit 52.9% an erster Stelle stehen.

Unter den Männern waren Ledige und Verheiratete fast gleich stark vertreten (42.o% : 44.4%).
Größer dagegen war der Unterschied bei den Frauen (27.8% Ledige : 6o.5% Verheiratete).
Die Verhältnisse entsprechen bei den Männern den Angaben in der Bevölkerungsstatistik von Esslingen (39) (42.2% Ledige : 57.3% Verheiratete und Sonstige). Die verheirateten Frauen waren unter den Suicidversuchpatienten auch noch unter Berücksichtigung ihres hohen Prozentsatzes in der Esslinger Statistik eine auffallend stark besetzte Gruppe.
Die ledigen Frauen waren weniger vertreten als ihrem Anteil an der Bevölkerung entsprechen würde (36.3% Ledige : 63.7% Verheiratete und Sonstige).

3.2.4. FLÜCHTLINGE UND AUSLÄNDER UNTER DEN SUICIDVERSUCHPATIENTEN

RINGEL (29) hebt unter den Suicid gefährdeten Gruppen besonders auch die Flüchtlinge hervor. Im gewissen Sinn kann man auch die Ausländer dazurechnen, da sie ebenfalls ihre Heimat zumindest auf Zeit verlassen haben und ähnlichen Problemen konfrontiert werden. Hier war bei 93 oder 22.6% der Patienten das Merkmal "Flüchtling" festzustellen. Die Anteile in der männlichen und weiblichen Gruppe waren mit 24.7% : 21.o% nahezu gleich.

Der Ausländeranteil der Esslinger Bevölkerung (39) beträgt ca. 1o.4% (als Durchschnittswert von 1965 - 1970). Dem entspricht, daß 9.8% der 41O Patienten mit Suicidversuch Ausländer waren. Von diesen 4O Patienten waren 12 Männer und 28 Frauen, ein Verhältnis von 3o : 7o%. Auffälligerweise liegt aber das Verhältnis der Geschlechter in der Ess-

linger Ausländergruppe bei 70% Männer : 30% Frauen. Aus der Gegenüberstellung dieser Zahlen kann man einen Hinweis auf eine besondere Gefährdung der Ausländer-Frauen ableiten.

3.2.5. DIE STRUKTUR DER PATIENTENGRUPPE NACH BERUFSZWEIGEN UND -STÄNDEN

3.2.5.1. BERUFSZWEIGE

37.5% und somit die größte Gruppe unter den Patienten bestand aus mit Handel, Vertretung und Dienstleistungen beschäftigten Personen, gefolgt von den Industrie- und Bauberufen mit 18.5%.
Dieses Ergebnis überrascht, denn in der Esslinger Bevölkerungsstatistik (39) ist die Rangfolge für die Häufigkeit dieser beiden Berufsgruppen genau umgekehrt. Hier führen die Industrie- und Bauberufe mit 49.4% (2/3 der Beschäftigten sind Männer), danach kommen erst Handel, Vertretung, Dienstleistungen (19.9%; 3/4 der Beschäftigten sind Frauen).
Den dritten Bereich nimmt Organisation, Verwaltung ein. Er lag mit seinem Anteil von 9.4% um 4% niedriger als der für die Esslinger Gesamtbevölkerung angegebene Prozentsatz.
Die anderen Berufsgruppen zeigten Übereinstimmung der Werte mit den Vergleichsgruppen.
BAYREUTHER (2) beschreibt eine besonders hohe Suicidgefährdung der Akademiker im Vergleich zu den anderen Bildungsgraden. Eine hohe Neigung zum Suicidversuch fällt dagegen hier nicht auf. Die Beteiligung lag im vorliegenden Untersuchungsgebiet sogar recht günstig. In der Tabelle am ehesten durch die Gruppe Erziehung, Künstler, Geistesleben repräsentiert lag ihr Anteil 2.7% unter dem Vergleichswert.

Berufszweige	Gesamtkollektiv		Männer		Frauen		Gesamtbevölk. Esslingen in %
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Industrie- und Bauberufe	76	18.5	51	31.5	25	1o.1	49.4
Handel, Vertretung, Dienstleistungen	152	37.1	21	13.o	131	52.8	19.9
Organisation, Verwaltung	39	9.5	1o	6.2	29	11.7	13.2
Ingenieure, techn.Berufe	34	8.3	3o	18.5	4	1.6	8.6
Erziehung, Künstler, Geistesleben	9	2.2	8	4.9	1	o.4	4.9
Land-, Jagd-, Forstwirtschaft	1	o.2	1	o.6	o	-	o.8
verschiedenes	14	3.4	6	3.7	8	3.2	3.2
keine Angaben	85	2o.7	35	21.6	5o	2o.2	-
	410	100	162	100	248	100	100

Tab. 12: Die Verteilung verschiedener Berufszweige im Gesamtkollektiv der Suicidversuchpatienten, in beiden geschlechtsspezifischen Teilkollektiven und in der Wohnbevölkerung der Stadt Esslingen.

3.2.5.1. BERUFSSTÄNDE

Bei der Gliederung der Patienten nach ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsständen (Tab. 13) fällt vor allem die große Zahl von Hausfrauen auf. In der Gesamtgruppe machten sie 22.o%, im Teilkollektiv der Frauen sogar 36.3% aus.
Die nächsten beiden Plätze nahmen die Angestellten mit 21.0% und die Arbeiter ohne Fachausbildung mit 18.o% Anteil ein, gefolgt von den Handwerkern und Facharbeitern mit 14.4%.
Diese letzte Gruppe stellte knapp 1/3 aller männlichen Patienten dar.
Mit 8.3% recht stark vertreten war die Gruppe der Patienten, die sich noch in Ausbildung befanden.
Es muß hervorgehoben werden, daß der Anteil der Rentner unter den Männern fast dreimal größer als bei den Frauen war.
Insgesamt waren 7% der Patienten Rentner. Beamte und Selbständige spielten unter den Patienten mit 2.o% bzw. 3.2% eine geringe Rolle.

Für einen Vergleich mit Esslingen-Stadt wurden die Arbeitnehmer unter den Patienten zusammengefaßt (insgesamt 227 Patienten entsprechen 100%) und der prozentuale Anteil der Beamten, Angestellten, Handwerker und Arbeiter darauf basierend neu berechnet. In der resultierenden Gegenüberstellung lagen die Angestellten mit 38% um 5% höher als der entsprechende Wert in der Erwerbsfähigenstatistik von Esslingen-Stadt (39). Bei den Arbeitern lagen die Zahlen gering über, bei den Handwerkern, Facharbeitern und Beamten gering unter ihren Vergleichswerten. Billigt man dieser Gegenüberstellung eine Aussagekraft zu, so ergibt sich unter den Arbeitnehmern folgende Reihenfolge in der Häufigkeit der Suicidversuche:

Angestellte
Arbeiter
Handwerker und Facharbeiter
Beamte.

Auch BAYREUTHER (2) hat in seinen Untersuchungen die Arbeiter im Hinblick auf die Suicidgefährdung an die zweite Stelle gesetzt und somit vor die Gruppe der Handwerker und Facharbeiter. An erster Stelle stehen bei ihm die Akademiker (2).

Diese Reihenfolge wird auch von STENGEL (32) bestätigt.

Berufsstand	Gesamtkollektiv		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
selbständig	13	3.2	1o	6.2	3	1.2
Beamte	8	2.o	5	3.1	3	1.2
Angestellte	86	21.o	32	19.8	54	21.8
Handwerker, Facharb.	59	14.4	5o	3o.9	9	3.6
Arbeiter	74	18.o	26	16.o	48	19.4
in Ausbildung	34	8.3	13	8.o	21	8.5
Hausfrauen	9o	22.o	-	-	9o	36.3
Rentner	29	7.o	19	11.7	1o	4.o
keine Angabe	17	4.1	7	4.3	1o	4.o
	41o	1oo	162	1oo	248	1oo

Tab. 13: Aufgliederung der Suicidversuchpatienten nach Berufsstand und Geschlecht.

3.3. ARTEN UND UMSTÄNDE DER SUICIDVERSUCHE

3.3.1. METHODEN DER SUICIDVERSUCHE

Zunächst soll eine allgemeine Einteilung in "weiche" und "harte" Methoden erfolgen (FABEROW et al. (11)).
Üblicherweise zählt man die Medikamente, alle Gifte und Leuchtgas zu den "weichen", Schnitte, Erschießen, Erhängen, Ertrinken, Sturz aus der Höhe bzw. vor Fahrzeuge zu den "harten" Methoden ("The point of no return" (FABEROW) tritt rasch ein).
Allerdings wird hier die Ansicht vertreten, daß Gifte und Gas als Suicidmethode weniger auf die gleiche Ebene der Medikamente gehören, sondern eher zu den "harten" Methoden. Es kostet eine größere Überwindung und Entschiedenheit, aus einer Flasche Salzsäure zu trinken oder die beißenden Auspuffgase eines Autos einzuatmen, als eine Überdosis Schlaftabletten einzunehmen. Bei den beiden ersten Methoden muß ja erst eine grundsätzliche Hemmung überwunden werden, die sonst generell jede Einnahme solcher Stoffe verbietet. Außerdem sind meist beträchtliche Reizwirkungen und Schmerzen damit zu ertragen.
Anders bei den Medikamenten. Sie sind normalerweise als helfende Stoffe bekannt und haben bereits bei allen möglichen Leidenszuständen gedient. Die Erfahrung der Erleichterung ist meist mit der Einnahme des Medikaments verbunden. Nur die Dosisgrenze wird überschritten. So bekommt der Suicidversuch mehr den Charakter des Zufluchtnehmens beim Medikament. Durch Schlafmittel z.B. ist es möglich, das Leben schmerzlos zu beenden. Somit wird auch die Angstschwelle vor dem Todeserlebnis gesenkt, "the point of no return" (FABEROW (11)) wird nicht mehr erlebt.

Methode	Gesamtkollektiv		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Schlafmittel	231	56.3	84	51.9	147	59.3
Analgetika	46	11.2	24	14.8	22	8.9
Tranquilizer	41	1o.o	6	3.7	35	14.1
Neuroleptika	11	2.7	7	4.3	4	1.6
Antidepressiva	9	2.2	4	2.5	5	2.o
andere Medikamente	46	11.2	18	11.1	28	11.3
Schnitte	27	6.6	18	11.9	9	3.6
Gifte	18	4.4	1o	6.2	8	3.2
Gas	11	2.7	6	3.7	5	2.o
Erhängen	9	2.2	6	3.7	3	1.2
Ertrinken	4	1.o	2	1.2	2	o.8
Sturz aus der Höhe	4	1.o	2	1.2	2	o.8
Sturz vor Fahrzeuge	5	1.2	3	1.9	2	o.8
andere Methoden	2	o.5	o	-	2	o.8

Tab. 14: Zusammenstellung der im Gesamtkollektiv und in den geschlechtsspezifischen Teilkollektiven ermittelten Häufigkeiten für die Benutzung der einzelnen Methoden zum Suicidversuch.
(Jede Methode wurde beim gesamten Patientengut einzeln abgefragt und nach "angewendet/nicht angewendet" registriert. Die Häufigkeiten für Nichtanwendung wurden weggelassen. Da Methodenkombinationen vorkamen, ergibt die Tabelle vertikal gelesen mehr als 410 Patienten bzw. mehr als 100 %.).

Bei der allgemeinen Übersicht über die Methoden bei Suicidversuchen ergaben sich die oben erwähnten Verteilungen (Tab. 14):
85% der Patienten hatten sich "weicher" und nur 11.1% "harter" Methoden bedient.
LINDEN fand in seinen Untersuchungen fast die gleichen Werte: "weiche" Methoden 83.5%, "harte" Methoden 12.5%.

Vom eigenen Patientengut hatten 1o.6% sogar mehrere weiche Methoden kombiniert. 2.6% benutzten außer einer "harten" zusätzlich noch eine "weiche" Methode, so daß nur in 35 Fällen (8.5%) rein harte Methoden zur Anwendung kamen.

Unter den Kombinationen bei den weichen Methoden waren Schlafmittel + Analgetika, bzw. Schlafmittel + Tranquilizer die beiden häufigsten.

Im einzelnen ergab sich folgendes Bild:

Am häufigsten wurden Medikamente zum Suicidversuch benutzt.

Besonders drei Gruppen heben sich aus der Reihe der Medikamente hervor:

Schlafmittel
Analgetika
Psychopharmaca.

Die alleinige Beteiligung von Schlafmitteln lag bei 56.3% der Fälle, die von Psychopharmaca bei 14.9% und der Analgetika bei 11.2% der Patienten vor.

Schlafmittel und Tranquilizer wurden von Frauen wesentlich mehr genommen als von Männern (Schlafmittel: 59.3% Frauen, 51.9% Männer; Tranquilizer: 14.1% Frauen, 3.7% Männer). Die Männer benutzten dagegen häufiger Analgetika (14.8% Männer, 8.9% Frauen).

Sonst bestanden keine beachtlichen Unterschiede hinsichtlich des Geschlechtes der Patienten bei der Anwendungshäufigkeit von Medikamenten.

11.9% der Männer und 3.6% der Frauen verübten mit Schnitten einen Suicidversuch. Diese Methode war mit 6.8% in der Gesamtgruppe die häufigste unter den "harten". (Auch bei LINDEN (20) 9.5%.)

Auch die anderen harten Methoden wie Gift, Gas und Erhängen erreichten unter den Männern einen höheren Prozentsatz als unter den Frauen. Das Verhältnis Männer : Frauen betrug bei Gift und Gas 2 : 1, bei Erhängen 3 : 1.

Nur 3.2% der Patienten versuchten durch Ertrinken, Sturz aus der Höhe oder vor Fahrzeuge aus dem Leben zu scheiden.

Grundsätzliche Tendenz:
Bei den Suicidversuchen wurden überwiegend "weiche" Methoden angewandt. Die Anwendung "weicher" Mittel als einzige oder unter anderem gebrauchte Methode des Suicidversuches wurde von Frauen häufiger als von Männern berichtet. Für die "harten" Methoden lag die Relation genau umgekehrt.
Auch STENGEL (32) u.a. kamen zu diesem Resultat.

3.3.2. SUICIDMETHODEN BEI GELUNGENEN SUICIDEN

Zur Demonstration soll eine Suicidstatistik vom Statistischen Landesamt in Baden-Württemberg herangezogen werden. Sie erfaßt die 1659 Menschen, die im Jahre 1966 in Baden-Württemberg (STATISTIK (40) (42)) durch Suicid starben.
Das Verhältnis von Männern zu Frauen betrug 2 : 1.
Der Suicid durch Erhängen und Erdrosseln nahm die erste Stelle ein. 48.3% der Männer und 29.1% der Frauen nahmen sich auf diese Art das Leben.
An zweiter Stelle lagen Schlaf- und schmerzstillende Mittel, wobei bei dieser Methode wieder die Frauen überwogen (9.9% Männer, 17.2% Frauen).

Bei beiden Geschlechtern mit 12.2% (♂) bzw. 11.3% (♀) fast gleich häufig wurde Suicid durch flüssige Stoffe und giftige Gase (ohne Leuchtgas) verübt. Unter den anderen Methoden bestand bei den Männern folgende Reihenfolge: Überfahren lassen 6.8%; Feuerwaffen 6.o%; Ertrinken 4.5%; Sturz aus der Höhe 4.5%; Leuchtgas nur 3.3% und 2.0% Schnitte und Stiche. Bei den Frauen: Ertrinken 15.6%; Sturz aus der Höhe 9.2%; Leuchtgas 7.5%; Überfahren lassen 4.2%; Schnitte 1.7% und Feuerwaffen o.9%.
Auch bei einer älteren Untersuchung von DOTZAUER (9) in Hamburg aus dem Jahre 1935 - 1959 steht der Suicid durch Erhängen mit 46% (♂) und 22% (♀) ganz vorn. Leuchtgas hatte damals mit 20% (♂) bzw. 32% (♀) noch eine größere Wichtigkeit im Suicidgeschehen als heute.

3.3.3. ALKOHOLEINFLUSS BEI SUICIDVERSUCHEN

Alkohol spielt vor oder während eines Suicidversuches eine wichtige Rolle als Mutmacher und Hemmungslöser (LINDEN (20) (21). Viele werden erst unter Alkohol depressiv und verlieren die Kontrolle über sich. Bei der vorliegenden Untersuchung war in 24.9% der Fälle feststellbar Alkohol mitbeteiligt.
42.0% der Männer und 13.7% der Frauen hatten schon vorher oder während des Suicidversuches Alkohol zu sich genommen. Meistens in größeren Mengen. LINDEN stellte fest, daß insgesamt 32.5% seiner Patienten unter Alkohol standen, als sie ihren Suicidversuch begingen.
Im übrigen konnte bei 27.2% der Männer und bei 9.7% der Frauen ein chronischer Alkoholabusus aus den Krankenberichten entnommen werden.

3.3.4. ORT BEI DER AUSFÜHRUNG DER SUICIDHANDLUNG

LINDEN erörtert die Wichtigkeit der Tatsache, ob die Suicidhandlung im sozialen Feld des Patienten oder wenigstens in örtlicher oder zeitlicher Nähe von Beziehungspersonen ausgeführt wird. Denn das Letztere beinhaltet ja mehr Hoffnung auf Rettung, als wenn man ganz allein ist oder das soziale Feld verläßt.
Bei LINDEN befanden sich nur 9.0% der Patienten allein und außerhalb des Feldes, 23.3% war allein, aber im Feld geblieben. Alle anderen waren nicht allein oder hielten sich in örtlicher bzw. zeitlicher Nähe von Personen auf.

Auch beim vorliegenden Patientengut ist mit 81.0% die überwiegende Mehrzahl im sozialen Beziehungsraum bei der Ausführung des Suicidversuches geblieben oder kehrte dorthin zurück. Nur 9.8% hatten das Feld ganz verlassen oder waren allein. Davon war der Prozentsatz bei den Männern doppelt so hoch wie bei den Frauen. Bei 9.2% aller Patienten konnte der Ort der Handlung nicht mehr bestimmt werden.

3.4. AUSLÖSENDE MOMENTE

3.4.1. AUSLÖSENDE MOMENTE ZUM SUICIDVERSUCH

Unter den auslösenden Konflikten spielte der Bereich der Partnerkonflikte (speziell mit dem Ehepartner) eine besonders wichtige Rolle. Bei der Hälfte der Patienten fielen die entsprechenden Angaben allein in diese Thematik hinein.
29.5% aller Patienten gaben Konflikte mit dem Ehepartner an. Bei Frauen führten solche Ehekonflikte fast doppelt so oft zum Suicidversuch (35.9%)

auslösende Momente	Gesamtkollektiv		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Konflikt mit dem Ehepartner	121	29.5	32	19.8	89	35.9
Konflikt mit dem Partner	56	13.7	22	13.6	34	13.7
Konflikt in der Berufssituation	32	7.8	20	12.3	12	4.8
eigene Krankheit	27	6.6	23	14.2	4	1.6
Generations-Konflikte	22	5.4	5	3.1	17	6.9
Generations- und Partnerkonflikte	13	3.2	4	2.5	9	3.6
Angst vor Strafe und Schande	11	2.7	8	4.9	3	1.2
Verlust von nahen Beziehungspersonen	9	2.2	3	1.9	6	2.4
pathogene Familien- und -Lebenssituation	114	27.8	38	23.5	76	30.6
depressive Syndrome	152	37.1	67	41.4	85	34.3
keine Angaben	34	8.3	12	7.4	22	8.9

Tab. 15: Zusammenstellung der ermittelten Häufigkeiten auslösender Momente zum Suicidversuch im Gesamtkollektiv und in den geschlechtsspezifischen Teilkollektiven.
Jedes Merkmal wurde wieder beim gesamten Patientengut einzeln abgefragt. Es ergeben sich so in der Tabelle vertikal gelesen wieder mehr als 100 %.

Abb. 11: Häufigkeit verschiedener Aussagen über auslösende Momente zum Suicidversuch im Gesamtkollektiv und in den geschlechtsspezifischen Teilkollektiven.

als bei den Männern (19.8%). Konflikte zwischen nicht verheirateten Partnern wurden gesondert registriert. In anderen Statistiken meist unter Liebeskummer eingeordnet, spielten diese Probleme bei 13.7% der Suicidversuche eine motivierende Rolle. Für Männer und Frauen ergaben sich annähernd identische Prozentsätze (13.6% ♂ : 13.7% ♀).

Partnerprobleme und gleichzeitig Auseinandersetzungen mit den Eltern im Zusammenhang mit diesem Partner wurde von 3.2% der Patienten angegeben.

Generationskonflikte allein als Motiv kam bei 5.4% vor.

7.8% der Patienten scheiterten an Konflikten in der Berufssituation und 6.6% wollten ihre eigene Krankheit nicht mehr ertragen. Diese beiden Merkmale kamen bei Männern häufiger vor als bei Frauen.

Angst vor Strafe und Schande bzw. der Verlust von nahen Beziehungspersonen bildete nur bei 2.7% bzw. 2.2% der Fälle einen Auslöser zum Suicidversuch. Prozentual gesehen tauchte das Motiv Angst vor Strafe und Schande vier mal so häufig bei den Männern als bei den Frauen auf.

In 37.1% aller Krankengeschichten wurden depressive Syndrome und in 27.8% eine pathogene Familien- oder Lebenssituation geschildert. Alle Angaben beziehen sich auf Aussagen der Patienten selbst und auf Informationen von nahen Angehörigen, die im Krankenblatt festgehalten wurden. Allerdings konnte bei einem Teil der Fälle (8.3%) überhaupt kein Motiv entnommen werden.

Zusammengefaßt kann man aus der Aufgliederung (Abb. 11, Tab. 15) entnehmen, daß Partnerprobleme unter den auslösenden Momenten ganz an der Spitze stehen. Bei insgesamt 52% der Patienten führten solche Gründe zu

einem Suicidversuch, am häufigsten bei verheirateten Frauen. Schwierigkeiten in der Berufssituation und eigene Krankheit sind außerdem wichtige Problemkreise unter den Männern (12.3% bzw. 14.2%).

Auch in LINDEN's (20) Untersuchungen gaben 55.8% der Patienten Ehekonflikte und Liebeskummer als Motive zum Suicidversuch an. Soziale und wirtschaftliche Schwierigkeiten standen an zweiter Stelle und machten bei den Männern sogar das Hauptmotiv (42.5%) aus (Frauen 10.7%).

FEUDELL zeigte an Hand von 700 Krankengeschichten in Leipzig aus den Jahren 1940-49 (14), daß auch schon vor 30 Jahren Liebeskummer und Ehekonflikte der Mehrzahl aller Suicidversuche zu Grunde lag. Wirtschaftliche Sorgen (9%), Angst vor Strafe und Schande und Milieukonflikte waren auch damals nur bei einem knappen Drittel Anlaß zum Suicidversuch.

3.4.2. AUSLÖSENDE MOMENTE BEI GELUNGENEN SUICIDEN

Über die Verteilung bei Suiciden gibt die amtliche Statistik von Baden-Württemberg für das Jahr 1966 (40) Auskunft. Die Motivliste enthält zwar die gleichen Themenkreise wie bei den Suicidversuchen, jedoch in anderer Rangfolge. Für die überwiegende Mehrheit der Suicidanten waren Nervenleiden, unheilbare Krankheiten und Schwermut Gründe, ihr Leben zu beenden. Da der schwer an sich selbst leidende Mensch und hoffnungslos Kranke sich selbst nicht mehr ertragen noch entfliehen kann, werden auch härtere und sichere Suicidmethoden gewählt. Insgesamt machte diese Gruppe 62% der Männer und sogar 80% der Frauen aus.

Mit Abstand folgen dann auf der Motivliste Familienzwist (14% ♂ : 6% ♀), Angst vor Strafe und Schande (5% ♂ : 1% ♀), wirtschaftliche

Gründe (5% ♂ : 3% ♀).

Liebeskummer, bei den geretteten Patienten als Motiv ganz vorn, rangiert hier auf dem letzten Platz.

Die zentrale Stellung von unheilbaren Krankheiten, Gemüts- und Nervenleiden unter den Motiven bei Suiciden mit letalem Ausgang geht auch aus den Arbeiten von BAYREUTHER (2) und PARNITZKE (23) hervor.

3.5. FRÜHERE SUICIDVERSUCHE DER PATIENTEN

Bei der Untersuchung der Krankengeschichten stellte sich heraus, daß ein großer Teil der Patienten bereits früher schon Suicidversuche begangen hatte (Abb. 12). Insgesamt traf dies bei 22.5% aller Fälle zu.

Auch bei LINDEN (20) macht die Gruppe mit Suicidhandlungen 22.4% aus. Von seinen 203 Patienten hatten 14.4% ihr erstes Rezidiv, 3.0% ihr zweites und 4.0% ihr drittes Rezidiv.

Sehr ähnlich liegen auch die Verhältnisse beim Esslinger Patientengut. Hier hatten 13.4% einen, 6.1% zwei und 2.0% schon drei frühere Suicidversuche hinter sich. In vier Fällen waren sogar schon 4 Suicidversuche vorher begangen worden.

Aus solchen oder anderen Gründen hatten sich 20.5% aller Patienten schon mal in psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung befunden. Der Prozentsatz lag bei Männern und Frauen gleich hoch.

Abb. 12:

Häufigkeiten verschiedener Anzahlen (einschließlich 0) vorausgegangener Suicidversuche im Gesamtkollektiv und in den geschlechtsspezifischen Teilkollektiven.

3.6. ABHÄNGIGKEITEN DER SUICIDVERSUCHE VON KOSMISCHEN EINFLÜSSEN

Ob und welche Wettereinflüsse auf Suicidtendenzen bestehen, ist eine sehr interessante und gleichzeitig sehr umstrittene Frage. Einerseits zeigten umfangreiche Untersuchungen in der Vergangenheit auf, daß kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Suicid bzw. Suicidversuch und Wetter besteht. Andererseits bestätigen die Erfahrungen aus der Praxis von Klinikern, die ständig mit Suicidversuchpatienten zu tun haben, daß bei bestimmten Wetterinformationen doch eine Häufung von Suicidversuchen aufzutreten scheint.
(Siehe "Synopsis wichtiger Arbeiten auf dem Gebiet der biometeorologischen Suicidforschung" von V. FAUST (13) und FAUST und SARREITHER (12).

3.6.1. BISHERIGE ERGEBNISSE

DE RUDDER (30) umreißt die Aufgabe der biometeorologischen Forschung: Die Abhängigkeit eines komplexen Systems, des lebenden Organismus, von einem zweiten System komplexer Natur, dem atmosphärischen Geschehen, zu studieren.
Speziell die Abhängigkeiten von Suicid und Wetter wurden bereits von zahlreichen Autoren untersucht mit unterschiedlichen Ergebnissen (FAUST (12), (13)).
Hier sollen besonders zwei neuere Arbeiten erwähnt werden, die von BELECKE und E. KLEIN (3) am Allgemeinen Krankenhaus in Wandsbeck/Hamburg und die von FAUST (13) an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Basel.

Bei BELECKE und KLEIN (3) wurden die Tage mit Suicidversuchen zu den entsprechenden Großwetterlagen Europas in Beziehung gesetzt. Es zeigten sich dabei allgemein bei den Frauen deutlichere Zusammenhänge als bei den Männern. BELECKE und KLEIN zogen aus ihren Ergebnissen die Schlußfolgerung, daß vor allem solche Wettersituationen besonders bei Frauen den Entschluß zum Suicid beeinflussen, die durch Tropikadvektion geprägt sind. Dieser tropische Typ meridionaler Wetterlagen geht mit kräftiger Warmluftadvektion auf der Vorderseite einer Zyklone oder eines Tiefdrucktroges einher. Dieser warme Wettertyp zeigt auch besondere Belastung für Herz- und Kreislaufkranke.

FAUST (13) hat die unterschiedlichen Resultate der Untersuchungen zum Anlaß genommen, eine andere Untersuchungsmethode zu wählen.

Mittels eines Beschwerdefragebogens eruierte er bei 1050 hospitalisierten psychisch Kranken und 2000 Gesunden, welchen Einfluß ein Wetterumschlag auf sie ausübt. Zur Objektivierung wurden noch die Eintrittsdaten der Patienten mit den wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbildern mit meteorologischen Daten verglichen. Insgesamt wurden auf diese Weise 17 268 Fälle über 13 Jahre (1956 - 1969) erfaßt. FAUST benutzte dabei Angaben über Föhn, Kalt-, Warmfront und Occlusion (= vom Boden abgehobene Warmluftschale), um auch nicht meteorologisch vorgebildeten Medizinern verständlich zu bleiben.

Es zeigte sich, daß jeder zweite Depressive, Neurotiker, Psychopath, Alkoholiker oder Toxikomane bzw. jeder dritte Schizophrene subjektiv unter Witterungseinflüssen zu leiden hatte.

Bestenfalls war also nur jeder zweite als wetterfühlig zu bezeichnen. Dies erklärt auch zu einem gewissen Teil die sich manchmal widersprechenden Meinungen bezüglich der Abhängigkeit von Suicidversuch und Wet-

ter, genauer: Wie weit können Witterungseinflüsse eine latente Suicidneigung intensivieren?

FAUST: "Von den Schizophrenen (je nach Untersuchungsgruppe 1 - 11 % aller Selbstmörder) reagieren Paranoide und Hebephrene auf Föhn, Occlusion und Warmfronteinbrüche, Katatone auf Kaltfronteinbrüche.

Bei den Depressiven (7 - 53 %) sind vor allem neurotische und Involutionsdepressionen von praktisch allen Wetterformen, periodische (Männer) und Erschöpfungsdepressionen (Frauen) durch Warmfronteinbrüche, reaktive Depressionen (Verstärkermechanismus) durch Föhn und Kaltluft betroffen.

Unter den Neurotikern (8.2 - 80 %) werden besonders Pubertätskrisen und Charakterneurosen (Föhn), Zwangsneurosen (Kaltfront) und Angstneurosen (Occlusion) irritiert.

Psychopathen (7 - 24.3 %) reagieren auf Occlusion, Alkoholiker (8.6 - 20.3 %) und Drogenabhängige (7.7 - 12 %) praktisch auf alle meteorologischen Ereignisse". Soweit die Ergebnisse von FAUST (13).

3.6.2. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Bei den eigenen Untersuchungen der Abhängigkeit zwischen Suicidversuchen und bestimmten Wettersituationen wurde das von UNGEHEUER (33),(34) entwickelte und von BREZOWSKY (8) erweiterte Wetterphasenschema angewendet (siehe Abb. 13). Es wird von der Medizinmeteorologischen Außenstelle des Deutschen Wetterdienstes benutzt. Diese Stelle war auch bei der Bestimmung der Wetterphasen an Tagen mit Suicidversuchen behilflich.

Die Existenz eines exakten 24-Stunden-Grundrhythmus ist sowohl für das vegetative Nervensystem als auch für einige Leistungen des zentralen

Nervensystems sichergestellt (UNGEHEUER, KÖGLER (34)). Ebenso darf auf Grund umfangreicher Erhebungen (z.B. bei HELLPACH 1950 (16)) eine humanphysiologische Analogie zum solar bedingten Jahresrhythmus angenommen werden.

UNGENEUER (33),(34) vertritt nun die Arbeitshypothese, daß die strahlungsbedingte eigenbürtige Grundrhythmik des atmosphärischen Geschehens den normalen rhythmischen Grundverlauf biologischer Funktionsänderung formt, während das advektive fremdbürtige Wettergeschehen Anpassungsforderungen an die biologischen Funktionen stellt.

Erläuterung dazu nach UNGEHEUER und KÖGLER (34):

"Der von der Sonne zur Erde fließende Energiestrom ist, von einem konstanten Ort auf der Erde beobachtet, nicht konstant, sondern durchläuft sehr exakte Rhythmen, die durch die Bewegungen der Erde um die Sonne und durch die Eigendrehung der Erde bedingt sind. Bei ungestörtem Strahlungswetter erlebt also der ortsfeste Beobachter eine gesetzmäßige Periodik im Verhalten der meteorologischen Elemente, die nahezu die Exaktheit astronomischer Gesetze hat.

Im natürlichen Wettergeschehen ist diese Grundform in ihrer Rhythmik von zahlreichen aperiodischen Wetterereignissen häufig gestört. Die Störungen werden verursacht vom fortwährenden Austausch umfangreicher Luftmassen, die auf Grund ihrer thermodynamischen Eigenschaften in Bewegung gehalten werden. Die Heranführung "fremder" Luftmassen, vom Beobachter aus als Advektion maritimer oder continentaler, polarer oder subtropischer Luft bezeichnet, verändert direkt oder indirekt und meist erheblich die rhythmische Grundform des Wetterablaufes. In unregelmäßigen, aber statistisch nicht ganz ungeordnetem Wechsel pendelt also das natürliche Wettergeschehen zwischen den Extremen der strahlungsbedingten rhythmischen und der advektionsgestörten arrhythmischen Verlaufsform. Diese beiden gegensätzlichen Formen entsprechen im wesentlichen den von FLOHN (1954) eingeführten Begriffen vom eigenbürtigen und vom fremdbürtigen Wetter."

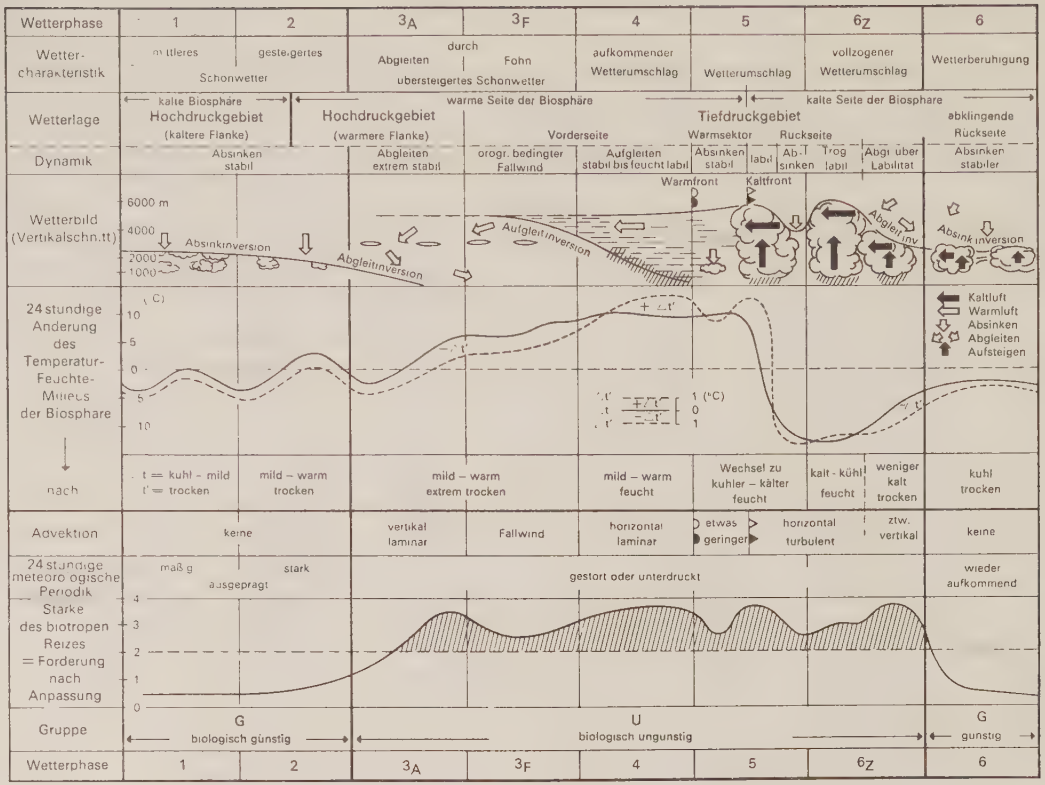


Abb. 13:

Wetterphaseneinteilung nach Hans UNGEHEUER und BREZOWSKY, Deutscher Wetterdienst, Medizinmeteorologische Außenstelle in Bad Tölz.

UNGEHEUER macht diese Hypothese zur Grundlage einer biologisch orientierten Wetterbewertung, deren Aufgabe darin besteht, ungestörte eigenbürtige Wetterabschnitte gegen gestörte fremdbürtige Abschnitte abzugrenzen.

Die daraus folgende Wettereinteilung enthält neun Wetterphasen, wovon die Wetterphasen 1, 2, 6 und 8 als biologisch günstig, die dazwischen liegenden 3_A, 3_F, 4, 5 und 6_Z als biologisch ungünstig eingestuft werden.

Die biologisch günstigen stellen jenen Wetterzustand dar, der von außen her nicht durch die Zufuhr (Advektion) fremder Luftkörper beeinflußt wird. Es handelt sich um einen ungestörten nur durch den Gang der Ein- und Ausstrahlung bestimmten Strahlungstag (eigenbürtiges Wettergeschehen). Dabei ist die tägliche biologische Rhythmik gut ausgeprägt (am besten bei Wetterphase 2) (Abb. 13).

("Die Begriffe günstig oder ungünstig beziehen sich hier auf Parameter wie Schülerleistungen, Allgemeinbefinden, Betriebsunfälle, u.a..Bei den Untersuchungen wurde der Eindruck gewonnen, daß im Bereich der günstigen Wetterphasen die individuelle Variationsbreite der Reaktion größer ist als während der mehr schablonenhaft wirkenden ungünstigen Wetterphasen" (UNGEHEUER (33)).

"Laut ärztlichen Erfahrungsberichten soll die Wetterphase 4 grobe körperliche Störungen bieten, während die Wetterphase 3 mehr den psychischen Fehlleistungen vorzubehalten scheint. Der Ablauf der Wetterphasen 3 und 4 ist es, an denen die vegetativ Labilen und Dysregulierten zu leiden haben. Jeder prämorbide Zustand kann hier manifest werden" (UNGEHEUER, KÖGLER (34)).

Biologisch ungünstig bedeutet also hier ganz allgemein, daß starke biotrope Reize auf das Vegetativum wirken mit der Forderung nach Anpassung.

Die Häufung der einzelnen Wetterphasen an Tagen mit Suicidversuchen ist aus dem 1. Profil der Abb. 14 ersichtlich. Das 2. Profil zeigt die Häufigkeit der Wetterphasen an allen Tagen des gesamten Untersuchungszeitraumes vom 1.1.1965 bis 31.12.1970 (siehe dazu auch die genauen Zahlenaufstellungen in Tab. 16).

Dabei weist die für die Tage mit Suicidversuchen erhaltene Verteilung insgesamt gesehen einen ähnlichen Verlauf wie das Vergleichsdiagramm auf. Die Häufigkeitswerte der Wetterphasen 1, 5 und 6 liegen oberhalb, die der Wetterphasen 2, 3_A, 3_F, 4 und 6_Z unterhalb der entsprechenden Werte der Gesamtverteilung.

Es ist auffällig, daß gerade die biologisch günstigen Wetterphasen 1 und 6 an den Tagen mit Suicidversuchen höhere Prozentwerte erreichten als ihrem durchschnittlichen Vorkommen im gesamten Untersuchungszeitraum entspricht.

Die Wetterphase 1 ist charakterisiert durch mittleres Schönwetter auf der kälteren Flanke eines Hochdruckgebietes. Die Wetterphase 6 liegt auf der abklingenden Rückseite eines Tiefdruckgebietes und bringt Wetterberuhigung. In beiden Fällen besteht Advektion. Das Wetter ist kühl und trocken. Die Forderung nach Anpassung ist für den Organismus sehr gering (siehe auch Abb. 13).

Die Wetterphase 5 zählt dagegen zu den biologisch ungünstigen. Hier findet der Wetterumschlag statt. Es liegt ein Kaltfrontdurchzug mit einem vorangehenden Warmluftsektor vor.

Diese Wetterphase erwähnen auch BELECKE und KLEIN (3) in der Schlußfolgerung ihrer Arbeit mit positivem Einfluß zum Suicidversuch:

Aus der Summe unserer Untersuchungsergebnisse könnte man nun die Schlußfolgerung ziehen, daß vor allem solche Wettersituationen den Entschluß der Frauen zum Suicidversuch positiv beeinflussen, die durch Tropikadvektion geprägt sind. Jene biotrope Wettersituation also, die wir als besonders belastend für den menschlichen Organismus hervorgehoben haben. Da es sich aber nicht mit dem tropischen, sondern mit den polaren Luftkörpern am Boden eine Korrelation ergab, wird es sich um eine Umstellungssituation handeln (Wetterumschwung), bei der die Tropikluftadvektion in der Höhe schon wirksam ist, aber den polaren Luftkörper noch nicht verdrängt hat".

Die Tage mit den Wetterphasen 3_A, 3_F, 4 und 6_Z, die eigentlich zu den biologisch ungünstigen gehören, mit Schlechtwetter und Forderung nach Anpassung zeigten keine besondere Häufung von Suicidversuchen. Im Gegenteil, auf diese Tage mit Ausnahme der Wetterphase 5 (Wetterumschwung) fielen prozentual gesehen weniger Suicidversuche, als ihrem Anteil am Wettergeschehen entsprechen würde. Es ergibt sich also das Bild, das scheinbar paradoxerweise die Tage mit biologisch günstigen Wetterphasen mit Suicidversuchen mehr belastet waren, als jene mit biologisch ungünstigen Wetterphasen.

Zu dem gleichen Ergebnis kam schon einmal WALTERA in seiner Dissertation im Jahre 1955 (35).

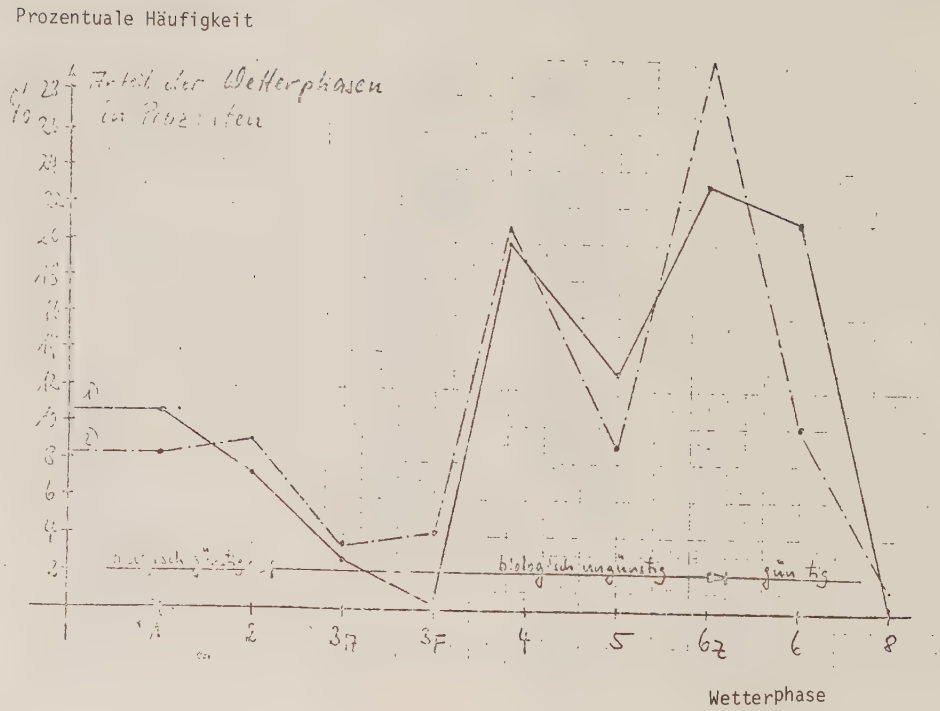


Abb. 14
Prozentuale Verteilung der nach UNGEHEUER und BREZOWSKY klassifizierten Wetterphasen im gesamten Untersuchungszeitraum (bestehend aus allen Tagen der Jahre 1965 - 1970 (2) und an den Tagen mit Suicidversuchen (1).

Wetterphase		Gesamtkollektiv		Männer		Frauen	
Nr.	beobachteter Anteil (%) an der Gesamtzahl der Tage des Untersuchungszeitr.	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1	8.4	44	10.7	15	9.3	29	11.7
2	9.2	30	7.3	12	7.4	18	7.3
3_A	3.5	11	2.7	4	2.5	7	2.8
3_F	5.1	1	0.2	0	-	1	0.4
4	20.7	82	20.0	32	19.8	50	20.1
5	8.9	53	12.9	22	13.6	31	12.5
6_Z	32.6	95	23.2	34	21.5	60	24.2
6	10.0	87	21.3	40	24.7	47	19.0
8	1.2	1	0.2	0	-	1	0.4
unb.		6	1.5	2	1.2	4	1.6
insgesamt		410	100	162	100	248	100

Tab. 16: Aufgliederung der 410 Suicidversuchsfälle nach Wetterphasen (charakterisiert im Rahmen der Klassifikation von UNGEHEUER und BREZOWSKY) und nach Geschlecht.

3.7. AUFSCHLÜSSELUNG DER SUICIDVERSUCHE VON IN ESSLINGEN-STADT WOHNHAFTEN PATIENTEN NACH STADTTEILEN

Insgesamt hatten 264 der 410 Patienten mit Suicidversuch oder 64.4% ihren Wohnsitz im Esslinger Stadtgebiet. Diese 264 Patienten wurden als eine einheitliche Gruppe angesehen und gleich 100% gesetzt. Dann erfolgte die prozentuale Aufteilung dieser Patienten nach Stadtteilen (Abb. 15, Tab. 17).

Über die Hälfte wohnten in der Innenstadt und in Oberesslingen (insgesamt 51.5%). Danach folgten Pliensau-Vorstadt (12.1%), Zollberg (6.0%), Mettingen (6.0%) und St. Bernhard (5.3%). Aus anderen Stadtteilen stammten jeweils weniger als 5 %. Aus Serach, Obertal, Kimmichsweiler und Oberhof wurden im Untersuchungszeitraum keine Patienten mit Suicidversuch eingeliefert.

Die Verteilung der Suicidversuchpatienten wurde verglichen mit der prozentualen Verteilung der Esslinger Bevölkerung auf die Stadtteile. Dabei lagen die Prozentzahlen der Suicidversuche in der Innenstadt um 4.5 %, in Oberesslingen um 3.4 % und in Pliensau-Vorstadt um 3.2 % höher als der prozentuale Bevölkerungsanteil.

Günstiger fiel der Vergleich für Zollberg, Hegensberg, Sulzgries und Mettingen aus. Hier lagen die Werte für Suicidversuchpatienten um 2.6, 2.4, 2.2 bzw. 1.7% niedriger als die entsprechenden, die Stadtteilgliederung der Wohnbevölkerung charakterisierenden Werte.

Bei dieser Betrachtung weist der Stadtteil Zollberg noch eine Besonderheit auf. Der zu 99% nach 1948 entstandene Stadtteil unterteilt sich noch in die Stadtbezirke Zollgasse und Zollberg. Der Bezirk Zollgasse ist durch Ein- und Zweifamilienhäuser charakterisiert, dagegen bestimmen im Bezirk Zollberg (siehe Abb. 16 - Stadtplan -) meist 4-stöckige

Wohnblocks das Bild. Von den 16 Suicidversuchen im Stadtteil Zollberg stammten nur 2 aus dem Bezirk Zollgasse, die übrigen 14 aus dem Bezirk Zollberg. Das günstige Abschneiden im Stadtteil Zollberg wurde also nur durch die sehr wenigen Suicidversuche im Bezirk Zollgasse bestimmt, denn bevölkerungsmäßig sind beide Bezirke etwa gleich.

Bei der Durchsicht der STÄDTISCHEN STATISTIKEN (38) fiel auf, daß die Stadtteile mit relativ wenigen Suicidversuchen sich besonders durch einen hohen Prozentsatz an Eigentumswohnungen von den Stadtteilen unterscheiden, die eine relativ hohe Rate an Suicidversuchen aufweisen. So sind in Sulzgries 48.1 %, in Hegensberg 45.4 % und in Zollberg 38.3 % aller Wohnungen Eigentumswohnungen.
In der Innenstadt dagegen sind nur 18.5 %, in Oberesslingen 28.1 % und in Pliensau-Vorstadt 15.0 % Eigentumswohnungen.
Diese Unterteilung zeigt sich im Stadtteil Zollberg ganz besonders deutlich. Der Bezirk Zollgasse hat fast nur Eigentumswohnungen und -häuser. Im Bezirk Zollberg dagegen stehen überwiegend Mietwohnungen.

Die Bindung zu bzw. Schaffung von Eigentum und einem eigenen Zuhause scheint die Menschen zu stabilisieren im Sinne von Realisation von etwas Wertvollem (RINGEL (27)).

Außerdem sind aus der Abb. 16 - Stadtplan - räumliche Gruppenbildungen unter den Suicidversuchpatienten zu erkennen, woraus man eine gewisse suggestive Wirkung der Suicidversuche auf andere mit latenter Suicidneigung entnehmen kann.

Im übrigen können derartige Beobachtungen in diesem Rahmen nur kurz angerissen werden. Es sollte Aufgabe weiterer spezieller Untersuchungen sein, sie zu intensivieren.

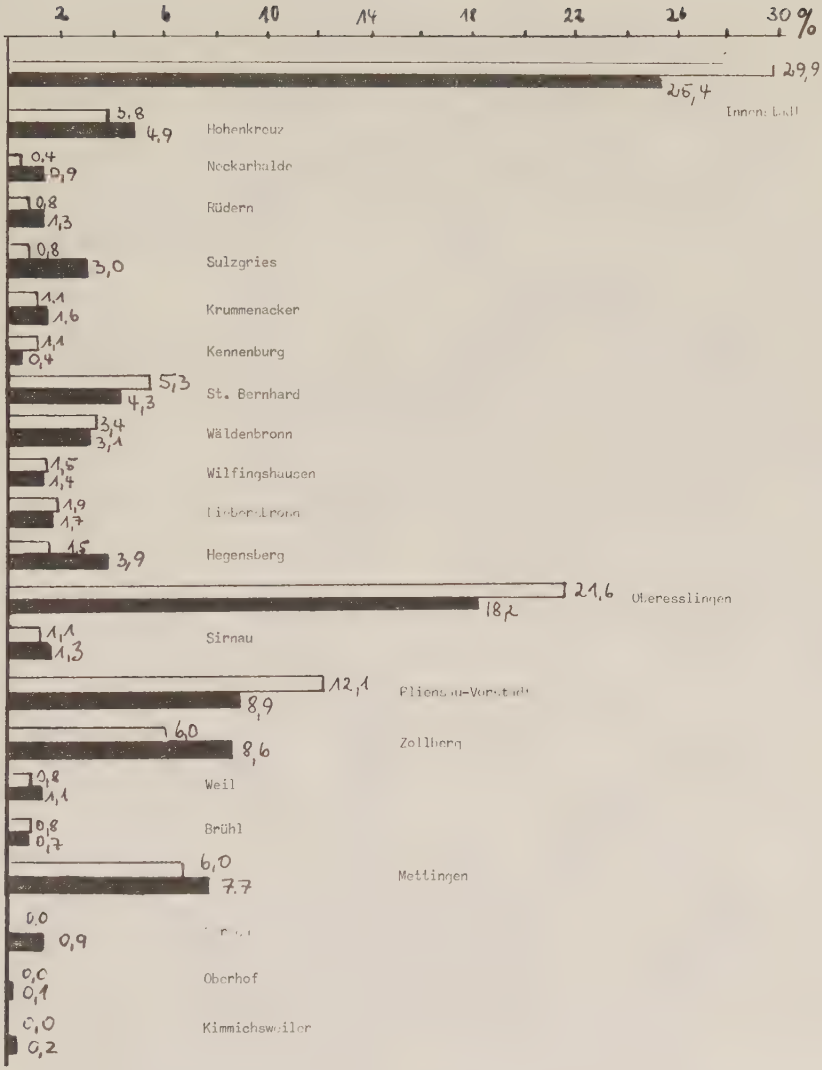


Abb. 15: Prozentuale Verteilung der einzelnen Wohngebiete (klassifiziert nach Stadtteilen) im Kollektiv der in Esslingen-Stadt wohnhaften Suicidversuchpatienten einerseits (weiße Säulen) und in der Esslinger Gesamtbevölkerung andererseits.

220
240
KRUMMEN
ACKER
330
320
SERACH
341
WALDENBRONN
352
WIFFINGS
351
HAUSEN
LIEBERSBRONN
362
BRAUNHALDE
361
230
SULZFORTES
HOHENKREUZ
130
312
313
KIRCH
ACKER
KENNEN
911
MASCHINENFABRIK
METTINGEN
520
NECKARHALDE
211
HOHEN-
212
ACKER
123
HELLER
OBERE
METTINGER
912
WIESEN
BRÜHL
820
SCHELZWASEN
122
141
410
HEGENSBERG
420
812
WEIL
611
SPORTGELÄNDE WEIL
BREITE
142
OBERTORWASEN
143
512
513
LERCHENACKER
514
OBERHOF
OBERESSLINGEN
521
522
ZOLLGASSE
722
721
530

Abb. 16 (vorstehend): Stadtplan der Stadt Esslingen

Stadtteil	Kollektiv der Suicidversuchpatienten aus Esslingen-Stadt		Kollektiv der Esslinger Gesamtbevölkerung
	Anzahl	in %	in %
Innenstadt	79	29.9	25.4
Hohenkreuz	10	3.8	4.9
Neckarhalde	1	0.4	0.9
Rüdern	2	0.8	1.3
Sulzgries	2	0.8	3.0
Krummenacker	3	1.1	1.6
Kennenburg	3	1.1	0.4
St. Bernhard	14	5.3	4.3
Serach	0	-	0.9
Obertal	0	-	0.4
Wäldenbronn	9	3.4	3.1
Wilfingshausen	4	1.5	1.4
Liebersbronn	5	1.9	1.7
Hegensberg	4	1.5	3.9
Kimmichweiler	0	-	0.2
Oberhof	0	-	0.1
Oberesslingen	57	21.6	18.2
Sirnau	3	1.1	1.3
Pliensau-Vorstadt	32	12.1	8.9
Zollberg	16	6.0	8.6
Weil	2	0.8	1.1
Brühl	2	0.8	0.7
Mettingen	16	6.0	7.7
insgesamt	264	100	100

Tab. 17: Prozentuale Verteilung der einzelnen Wohngebiete (klassifiziert nach Stadtteilen) im Kollektiv der in Esslingen-Stadt wohnhaften Suicidversuchpatienten einerseits und in der Esslinger Gesamtbevölkerung andererseits (STATISTIK (38)).

IV. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Ein wichtiges Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Betrachtung dieses bestimmten Patientengutes in seinem Lebensraum in möglichst vielen Perspektiven, um ein umfassendes Bild zu erhalten. Dabei sei auf die insofern ungünstige Ausgangslage der Untersuchung hingewiesen, als sie auf Krankengeschichten basieren mußte, die nicht im Hinblick auf eine spätere statistische Auswertung angelegt und somit teilweise sehr unterschiedlich in ihrem Informationsgehalt waren.
Nochmals soll deshalb die Wichtigkeit von in ihrem Mindestgehalt einheitlich geführten Krankenunterlagen (z.B. in der Form des vorgeschlagenen Erhebungsbogens für Erstuntersuchungen von Patienten mit Suicidversuch) betont werden. Freilich werden auch diese sicher nur dann zu optimalen Ergebnissen führen, wenn die Erstuntersuchenden auch später bei der Auswertung der Unterlagen beteiligt sind.

Zu den Ergebnissen:

Der überwiegende Teil der 410 Patienten (= 64.4 %) stammte aus Esslingen-Stadt, weitere 26.8 % meist aus der näheren Umgebung im Landkreis Esslingen. Insgesamt also 91.2 % aus einem Umkreis von 6-8 km von Esslingen Stadtmitte.

Betrachtet man die einzelnen Jahrgänge, so traten hier gewisse Schwankungen in der Menge der Suicidversuchpatienten auf. Für die Zahl der in Esslingen-Stadt wohnhaften Patienten konnte jedoch eine steigende Tendenz in den Jahren 1966 - 1970 festgestellt werden. Der Rückgang der Patientenzahl von außerhalb könnte durch den Ausbau anderer Krankenhäuser in der Umgebung Esslingens während der letzten Jahre erklärt

werden (z.B. Ruit). Es wird kein tatsächlicher Rückgang von Suicidversuchen in den umliegenden Gemeinden von Esslingen angenommen.

Die Geschlechterverteilung unter den Patienten mit Suicidversuch lag mit 60 % Frauen und 40 % Männern auch in den einzelnen Aufnahmejahrgängen recht konstant. (Diese Verteilung wird auch von anderen Autoren berichtet: LINDEN (20), BELECKE und KLEIN (3), BÖCKER (7).) Da diese Verteilung nicht auf die Zusammensetzung der Esslinger Bevölkerung zurückzuführen ist (50 % Männer : 50 % Frauen), deutet die stärkere Beteiligung der Frauen am Suicidgeschehen auf ihre größere Gefährdung zum Suicidversuch hin.

Demgegenüber wurde an Hand von zwei Statistiken (Abb. 3 und 4) dargestellt, daß bei den Suicidversuchen mit letalem Ausgang der Anteil der Männer doppelt so hoch wie der der Frauen ist. STENGEL (32) sieht als Erklärung für diese Tatsache, daß Männer sich bei Selbstmordhandlungen gefährlicher Methoden bedienen und ihre Aggression gewalttätigere Formen annimmt. Frauen dagegen scheinen die Selbstmordhandlung häufiger als Appell an die Umgebung und zur Manipulation von Beziehungen zu benutzen. So wird der Suicidversuch schon in seiner Anlage mehr auf das Überleben hin ausgerichtet.

Auch könnte man den größeren Anteil von Männern in der Gruppe der Selbstmörder mit einer geringeren Widerstandskraft des Mannes zu erklären versuchen (STENGEL (32)). Gerade die persönliche Widerstandsfähigkeit (physisch) ist ein wesentliches Kriterium, welches mit über den Ausgang der suicidalen Handlung entscheidet. (Deshalb auch häufiger ein letaler Ausgang bei Suicidversuchen älterer Menschen.)

Bei der jahreszeitlichen Verteilung der Suicidversuche wurde eine besondere Häufung im Frühjahr und im Spätherbst gefunden.
Dies wird auch von anderen Autoren bestätigt (BAYREUTHER (2), BELECKE und KLEIN (3), BÖCKER (7)). Der Frühjahrsgipfel (März) war besonders durch die Frauen, der Gipfel im Spätherbst dagegen besonders durch die Suicidversuche der Männer bedingt (November).

Bezogen auf den Ablauf einer Woche wurden die meisten Suicidversuche am Wochenanfang begangen, mit einer besonderen Häufung am Dienstag, dann zur Wochenmitte wieder abfallend, mit einem nochmaligen geringen Ansteigen am Freitag und Samstag. Die Nachwirkungen von Auseinandersetzungen am Wochenende mit neuen Problemen, dazu neue Belastungen am Arbeitsplatz könnte zu dieser Häufung der Suicidversuche am Wochenanfang führen. Zur Wochenmitte zwingt die Arbeit den Menschen mehr in einen bestimmten Rhythmus und gibt Halt. Zum Wochenende wird die Erschöpfung durch Arbeit überwiegen, dazu kommt eine erneute Gelegenheit für Zuspitzung persönlicher Probleme durch Freizeit und größere Möglichkeit für persönliche Begegnung. Für manche bringt auch das Arbeitsende am Freitag das Problem des Alleinseins am Wochenende und der inneren Leere, weil zum Beispiel persönliche Bindungen fehlen.
Genaueres Wissen über Problemkreise, die in einer gewissen Beziehung zum Wochenablauf stehen, würde man am ehesten bei einer Befragung von Patienten mit Suicidversuch erhalten, die im Hinblick auf den Einlieferungswochentag als getrennte Gruppen untersucht würden. Alles andere wird weitgehend Mutmaßung bleiben, solange es nicht durch solche gezielten Untersuchungen bestätigt wird.

Im Laufe des Tages stieg die Zahl der Suicidversuche besonders am späten Nachmittag und nach Feierabend an mit einem Maximum in der Zeit

von 20 - 24 Uhr. Dabei wurde in der Tagesrhythmik kein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen festgestellt. Diese Verteilung der Suicidversuche erscheint verständlich. Während des Tages ist der Mensch überwiegend durch berufliche Funktionen in Anspruch genommen und dabei in ein bestimmtes Schema eingespannt. Dadurch wird er von privaten Problemen, die in den meisten Fällen auslösende Momente für einen Suicidversuch darstellen, abgelenkt.
Das Privatleben findet zumindest bei Berufstätigen hauptsächlich erst nach Feierabend statt. Dann können persönliche Konflikte wieder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken bzw. durch erneuten Kontakt mit dem Partner (43.2 % der auslösenden Momente waren Partnerprobleme) und der häuslichen Situation belebt werden. Dazu muß durch Ermüdung nach der Arbeit eine niedrige Toleranzgrenze angenommen werden, die ein Kompensieren von persönlichen Differenzen erschwert und eher zum Beispiel auch zu einer Kurzschlußreaktion mit Suicidversuch führen kann. Hinsichtlich der Ermüdung durch Berufstätigkeit ist zu bedenken, daß sie heute oft nicht mehr durch direkte körperliche Beanspruchung bedingt ist. Sie stellt eher eine Erschöpfung dar, welche durch ein zu reibungsloser Leistungsfunktion notwendiges Optimum an Beherrschung und Konzentration verursacht wird. Das bedeutet eine besondere Beanspruchung der Steuerung des menschlichen Organismus, welche dann bei erneuter Beanspruchung zum Beispiel durch häusliche Probleme eher Fehlreaktionen bedingen kann.

Insgesamt muß bei den zeitlichen Zusammenhängen der Suicidversuche berücksichtigt werden, daß eigentlich nur der tageszeitliche und jahreszeitliche Rhythmus kosmisch und meteorologisch bedingt ist. Der Wochenrhythmus dagegen vom Menschen selbst eingerichtet wurde. Tages- und

jahreszeitliche Einflüsse bedingen allerdings wiederum bestimmte Probleme für den Menschen selbst, zusätzlich zu einem kosmischen Einfluß. Bei der Betrachtung des Tagesganges wurden somit nur Aussagen über gesellschaftliche Abhängigkeiten der Suicidversuchpatienten gemacht, dagegen keine über direkte kosmische Einflüsse.

Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen unter den Patienten mit Suicidversuch, so waren 47.3 % jünger als 31 Jahre. Sieht man wie STENGEL den Suicidversuch als Appell an die Umgebung, so kann man aus diesem Ergebnis bei den jungen Patienten den großen Wunsch nach einem Gespräch mit der Umwelt erkennen. Größere körperliche Widerstandsfähigkeit und durch Unwissenheit oder Kurzschlußhandlung bedingte unzureichende Suicidmethoden mögen Gründe dafür sein, daß die meisten der jungen Patienten gerettet werden.

Unter den 16 - 30 Jährigen fiel besonders die Gruppe der 21 - 25 Jährigen auf. Unter ihnen lagen die Frauen 11.4 % und die Männer 6.9 % über den Werten der entsprechenden Gruppen in der Esslinger Bevölkerung. Gerade in diesen Altersabschnitt fallen viele Partner- und Generationsprobleme. Die Freiheit und Unabhängigkeit des Einzelnen müssen teilweise zugunsten einer gegenseitigen Rücksichtnahme der Partner eingeschränkt werden. Anpassungsprobleme sind in dieser Zeit besonders durchzustehen.

Der prozentuale Anteil der 31 - 50 Jährigen entsprach dem Anteil dieser Gruppe in der Esslinger Bevölkerung.

Die älteren Menschen waren unter den Patienten mit Suicidversuch weniger vertreten als nach ihrem Bevölkerungsanteil zu erwarten gewesen wäre. Eine andere Statistik (Abb. 11) zeigt dagegen eine sehr hohe Beteiligung der Alten, wo der Suicidversuch ad exitum führte. Gerin-

gere physische Widerstandsfähigkeit, genauere Planung und entschlosseneres Handeln beim Suicid mögen mit Bedingungen dafür sein. Außerdem wohnen alte Menschen häufiger allein, so wird die Chance auf rechtzeitiges Auffinden und Rettung automatisch geringer. Diese hohe Quote von alten Menschen unter den Suicidanten sollte als Warnung an die Gesellschaft aufgefaßt werden. Einerseits verlängert man ihr Leben, andererseits weiß man nichts mit ihnen anzufangen. Da sie schlecht in die Leistungsgesellschaft der Jungen einzuordnen sind, schließt man sie von Funktionen aus und vermittelt ihnen gleichzeitig das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden.
Dies geschieht noch, obwohl man bereits seit langem weiß, daß menschliche Isolierung und plötzliche Ruhigstellung im Alter wesentliche Bedingungen für den "Pensionstod" darstellen.

Im Gegensatz zu LINDENs (20) Untersuchungen war die Mehrheit der Patienten im vorliegenden Patientengut verheiratet (54.2 %). Bei den Frauen bildete die Gruppe der Verheirateten auch unter Berücksichtigung der Esslinger Bevölkerungsstatistik (39) mit 60.5 % sogar die überwiegende Mehrheit.
Wie sich bei den auslösenden Momenten zum Suicidversuch gezeigt hat, machten auch die Konflikte mit dem Ehepartner die größte Gruppe aus. Man kann die Bedingung dafür darin sehen, daß es in der Ehe weniger Möglichkeiten gibt, dem Partner und damit den Problemen auszuweichen, als z.B. bei noch nicht verheirateten Partnern.

Unter Bezugnahme der Geschlechterverteilung in der Ausländergruppe der Stadt Esslingen wurde unter den ausländischen Suicidversuchpatienten eine auffallend hohe Beteiligung von Ausländerfrauen festgestellt.

Ihr Anteil war in der Patienten-Ausländergruppe doppelt so hoch wie der in der Esslinger Bevölkerung. Je nach Standpunkt kann man annehmen, daß entweder das Leben in der fremden Umgebung besondere Belastungen mit sich bringt und damit eine hohe Gefährdung zum Suicidversuch, oder die Ausländerfrauen benutzen eher als andere den Suicidversuch zur Beeinflussung ihrer Umgebung.

Bei den Berufen fiel zunächst die große Gruppe der Hausfrauen auf. Unter den Arbeitnehmern ergab sich in der Häufigkeit der Suicidversuche folgende Reihenfolge: Angestellte, Arbeiter, Handwerker und Facharbeiter, Beamte. Eine genaue Deutung erscheint in diesem Rahmen zu schwierig. Es wäre jedoch zu bemerken, daß sich die beiden letzten Gruppen durch starke Eingliederung in bestimmte Ordnungen und ein hohes Maß an Beständigkeit und Sicherheit (existenziell) auszeichnen. Unter den Berufszweigen zeigten auch die handwerklichen und Industrie- und Bauberufe relativ geringe Beteiligung am Suicidgeschehen. An die große Möglichkeit körperlicher Abreaktion psychischer Spannungen muß bei diesen Berufen gedacht werden.

Bei den Methoden der Suicidversuche wurde ein Ausweichen der Suicidanten vor Problemen sichtbar.
85 % der Patienten hatten sich "weicher" Methoden bedient.
Überwiegend waren es Medikamente, bei denen "the point of no return" (FABEROW (11)) nicht mehr erlebt wird.
Die zum Suicidversuch benutzten Medikamente (überwiegend Schlafmittel, Analgetika, Psychopharmaka) deuten auf Schwächen vieler Menschen in der heutigen Zeit hin: man kann nicht mehr ruhig schlafen, sich entspannen, keine Schmerzen mehr aushalten (der Schmerz wird als unzumutbare Belästigung empfunden (LINDEMANN)), man fühlt sich psychisch krank

und schluckt deshalb Psychopharmaka. Dabei ist die Frage zu stellen: Sind die Menschen heute verweichlicht oder überfordert in unserer Konsum- und Leistungsgesellschaft und den dadurch bedingten Lebensstil? Die Antwort ist schwer zu geben.
Festgestellt werden kann, daß der persönliche Kontakt, das Gespräch ohne eine besondere Anregung von außen heute bei vielen erschwert oder sogar blockiert ist. Häufig wird versucht die negativen Folgen durch entsprechende Medikamente auszugleichen. Diese "Happy pills" sind jederzeit käuflich zu erwerben. Damit wird man unabhängiger von der Haltung und Hilfe anderer Mitmenschen, aber abhängiger vom Konsum bestimmter Tabletten. Eine heute häufig zu beobachtende Passivität und Unfähigkeit aktiver Lebensbewältigung steht in einem grassen Widerspruch zu der sich sonst so frisch, gesund und dynamisch gebenden Gesellschaft, wie sie uns immer wieder in zahlreichen Film- und Fernsehreklamen vorgespielt wird. Es scheint, daß uns immer mehr bestimmte Lebensgefühle weniger durch aktives Tun, als mehr durch den Genuß einer bestimmten Ware vermittelt werden. So ist zu verstehen, daß durch die Einnahme bestimmter Medikamente eigentlich weniger der Tod, sondern eher die Erfüllung von Ruhe und Frieden vor bestimmten Konflikten gesucht wird.

Harte Methoden wurden bei den Suicidversuchen weitgehend gescheut. Wenn sie überhaupt benutzt wurden, dann überwiegend von Männern. Da viele Suicidversuche mit "harten" Methoden rasch ad exitum führen, erreichen diese Personen oft nicht mehr ein Krankenhaus und werden nicht durch ein Krankenblatt erfaßt.

Die große Rolle, die Alkohol bei den Suicidversuchen spielt, zeigte sich auch hier. Über 40 % der Männer und mehr als 13 % aller Frauen unter den Suicidversuchpatienten hatten vor oder während der Ausfüh-

rung ihres Suicidversuches Alkohol, meist in größeren Mengen, zu sich genommen. Unter dem hemmungslösenden Einfluß von Alkohol fällt der Griff zum Tablettenröhrchen leichter.

Wie sehr bei jedem Suicidversuch ein Appell an die Umgebung zum Ausdruck gebracht wird, sieht man an der Tatsache, daß bei den eigenen Untersuchungen über 80 % aller Suicidversuche in örtlicher und zeitlicher Nähe von Beziehungspersonen ausgeführt wurden.

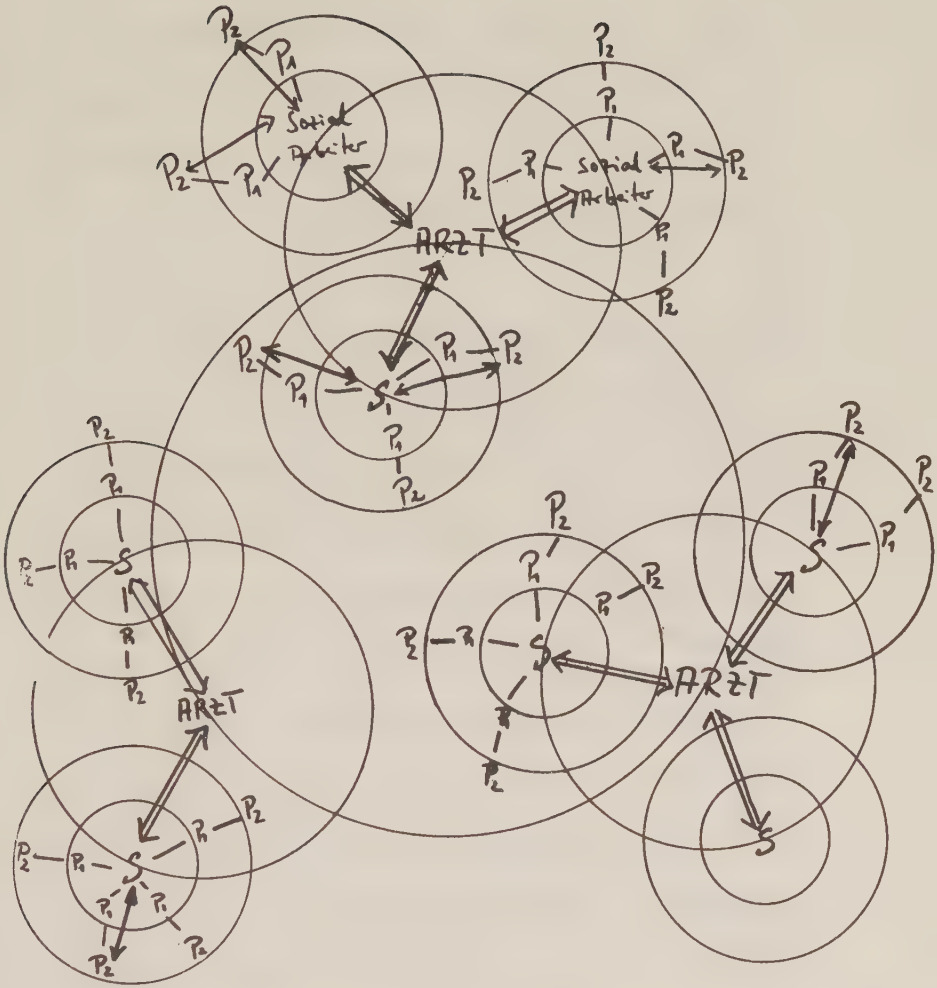
Die Antworten auf die Fragen nach den auslösenden Momenten bestätigen bereits Bekanntes. Überwiegend waren es Konflikte aus Partnerbeziehungen und Familie, die zu einem Suicidversuch führten. Von fast 50 % aller weiblichen Patienten wurde dieser Konfliktbereich angegeben. Bei den Männern waren Konflikte in der Berufssituation (12.3 %) und eigene Krankheiten (14.2 %) oftmals Auslöser für einen Suicidversuch.
Bei 37.1 % der Suicidversuchpatienten wurden depressive Syndrome in der Vorgeschichte angegeben. Hier sollte man eine Chance sehen, auf Suicidgefährdete rechtzeitig aufmerksam zu werden.

Kann auch die größte Zahl der mit einem Suicidversuch ins Krankenhaus eingelieferten Patienten gerettet werden, und gelingt auch meist rasch ein Abfangen der Suicidalität, so kann man jedoch oft nicht verhindern, daß der gleiche Patient einige Zeit nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus erneut einen Suicidversuch begeht! Teilweise liegt es daran, daß sich das krankmachende Milieu zu Hause mit seinen Belastungen für den Patienten nicht geändert hat, zum anderen konnte sich zwar der Patient im Krankenhaus bei guter Betreuung etwas von seinen Problemen distanzieren, aber er hat nicht gelernt, ihnen mit einem adäquateren Verhalten zu begegnen. Somit gerät er leicht wieder in eine Situation,

die dem präsuicidalem Syndrom entspricht (RINGEL (27)).
Bei den selbst untersuchten Patienten hatten 22.5 % bereits mindestens einen früheren Suicidversuch schon hinter sich. Man sollte also bei der Hilfe für Suicidgefährdete dort anfangen, wo man sie bereits kennt.

Entscheidend für eine erfolgreiche Therapie von Suicidpatienten ist nicht nur die Akuttherapie nach dem Suicidversuch, sondern ebenso eine langzeitige Nachbetreuung und Führung des Patienten. Dafür müssen neue Formen einer intensiven Nachbehandlung entwickelt werden, die neben Effektivität auch auf breiter Basis finanzielle Realisierbarkeit aufweisen.
Generell sollte in allen Krankenanstalten, die Patienten nach einem Suicidversuch aufnehmen, die Möglichkeit einer Übernahme von einer kurzen stationären Intensivtherapie (Chirurg, Internist, Psychiater) in eine ambulante Weiterbehandlung gegeben sein.
Während des Klinikaufenthaltes ergeben sich gute Gelegenheiten zur emotionalen Kontaktaufnahme mit dem Patienten, z.B. durch einen Sozialarbeiter, der am besten unter Einbeziehung der emotionalen Umgebung des Patienten seine Weiterbetreuung übernimmt. In persönlichen Gesprächen mit dem (zumindest psychotherapeutisch ausgebildeten) Arzt, später mit dem Sozialarbeiter und in der Patientengruppe, sind Möglichkeiten zur Besprechung der eigenen Probleme und zu festigenden emotionalen Beziehungen gegeben. Der Patient muß in gestaffelte therapeutische Zirkel einbezogen werden, die ihm Halt und das Gefühl von Zugehörigkeit geben, bis er seine eigene Stellung in der Gesellschaft außerhalb des Krankenhauses wiedergefunden und soweit gefestigt hat, daß er diese Bindung nicht mehr benötigt.

Der Patient sollte das Gefühl einer zwar wohlwollenden, sich kümmernden, aber festen Observanz haben, ohne dabei in eine passive Haltung hineingedrängt zu werden, mit der Möglichkeit sich schleppen zu lassen. Um die anfangs starke Bindung zum Krankenhaus im Laufe der Zeit immer lockerer werden zu lassen, ohne sie jedoch ganz aufzugeben, könnte man schon in Stadien, wo dem Sozialarbeiter die Hauptaufgabe der Betreuung obliegt, langsam den Kontakt zu einem vorgebildeten Laien herstellen, der als Gesprächspartner und eine Art Wegbegleiter über lange Zeit für den Patienten da ist. Dieser Wegbegleiter könnte ein ehemaliger Suicidversuchpatient sein, der mittlerweile soweit gefestigt ist, daß man ihm eine solche Rolle zumuten kann. Immerhin versteht er wie kaum ein anderer aus eigener Erfahrung die Lage des zu Betreuenden. Gleichzeitig kann er in einer solchen Aufgabe für sich eine Bestätigung finden, seine eigene Lebenssituation zu meistern, wenn er einem anderen dabei hilft. Die spätere Obernahme einer Betreuungsfunktion könnte bei den dazu geeigneten Suicidversuchpatienten schon in ihrer Therapie vorbereitet werden. Wichtig bei einer solchen Staffelung in der Therapie wäre die gute Beziehung und Möglichkeit zur Aussprache in Form von Gruppenbesprechungen auf jeder Stufe unter Leitung eines Sozialarbeiters bzw. Arztes. Jeder sollte sich auf diese Weise in eine therapeutische Organisation eingebettet fühlen und sich dazugehörend und verantwortlich fühlen können.
Ein in einer solchen Organisation abgesicherter Wegbegleiter könnte in schwierigen Situationen das Einschalten von Sozialarbeiter und Arzt bewirken, die sich dann mit ihrem Fachwissen erneut intensiv um den Gefährdeten bemühen könnten.



Modell der Strukturierung einer therapeutischen Organisation für Suicidpatienten unter Einbeziehung von Ärzten, Sozialarbeitern, Partnern (ehemalige Patienten (P1)) und den zu betreuenden Suicidpatienten (P2). Das Modell zeigt auch mögliche therapeutische Beziehungen und Gruppenbildungen.

Der Aufbau einer solchen Organisation wird sich schwierig zeigen, sich jedoch zur Verbesserung der Behandlung Suicidgefährdeter als notwendig erweisen. Auf freiwilliges Mithelfen von Laien wird man schon aus finanziellen Gründen nicht verzichten können. Viele Aufgaben sind unter fachlicher Führung zu bewältigen, wenn die wichtigste Fähigkeit da ist: die Bereitschaft zu helfen.
Warum sollte man diese Fähigkeiten in vielen Menschen brach liegen lassen.
Für die Suicidprophylaxe muß außerdem durch Weiterbildung besonders bei den niedergelassenen Ärzten die Kenntnis in der Diagnostik Suicidgefährdeter und ihr Kompetenzempfinden für solche Patienten verbessert werden. Sie sind oft die ersten Informationsempfänger, wenn der gefährdete Patient mit seinen präsuicidalen Klagen zu ihnen kommt. Dann sollte der aufmerksam gewordene oder direkt angesprochene Arzt in der Lage sein, Zeit für ein persönliches Gespräch einzuräumen, indem er den Patienten zu entsprechender Zeit wiederbestellt oder mit dessen Wissen nach Möglichkeiten der Überleitung in eine zuständige Betreuungsorganisation sucht. Zumindest sollte er aber dem Patienten Hinweise geben können.

Bei der Untersuchung der Abhängigkeit von Suicidversuch und Wetter kam es zu einem interessanten Ergebnis. Weniger die Tage mit den Wetterphasen 3_A, 3_F, 4, 6_Z (Ausnahme Wetterphase 5 = Wetterumschwung) mit Schlechtwetter und Forderung nach Anpassung zeigten eine besondere Häufung von Suicidversuchen, sondern eher solche Tage mit den Wetterphasen 1 (gesteigertes Schönwetter) und 6 (Wetterberuhigung), die eigentlich zu den biologisch günstigen Wetterphasen gehören und denen ein

Minimum an Forderung nach Anpassung zugeordnet wird. Diese Befunde erinnern an die bereits bekannte Tatsache, daß die Selbstmordhäufigkeit in Zeiten kollektiver Belastung, wie z.B. im Krieg zurückgeht (ZWINGMANN (45)), selbst in Ländern, die nicht unmittelbar am Kriegsgeschehen beteiligt sind, wie etwa Schweden im II. Weltkrieg.
Auf die Situation des einzelnen Selbstmordgefährdeten bezogen erscheint dieses Ergebnis gar nicht so widersinnig. Es handelt sich ja bei einem solchen Menschen um eine Beziehungsstörung im weitesten Sinne, um das Gefühl draußen zu sein, nach meist konfliktreicher Auseinandersetzung mit seiner Umgebung plötzlich ein Aufgeben seiner selbst bzw. einer Beziehung, an die man sich vorher geklammert hat. Damit verbunden ist ein Nachlassen der psychischen Anspannung, gefolgt von dem Gefühl der Monotonie und inneren "Windstille". Es ist wie ein Treiben ohne Ziel und Richtung. Die Zeit steht gleichsam still . (Eingeengte Dynamik (RINGEL (28)).) Die Ruhe im Wetterbild (Wetterphase 6: Wetterberuhigung, Wetterphase 1: mittleres Schönwetter) kann zu einer Verdeutlichung des Gefühls des inneren Stillstandes, des nicht loskommen Könnens von einer Person, einer Sache, einer Situation führen.
Gerade an jenen Tagen kann die Diskrepanz des eigenen Verhaltens zu dem von Anderen, Gesunden besonders entmutigend ins Auge fallen.
Leben wird in der Biologie charakterisiert als ein Fließgleichgewicht: Es fließt uns etwas zu, wir nehmen es auf, wandeln es um, bewältigen es, verwirklichen uns dabei und erreichen ein Gefühl unserer eigenen Existenz, daß wir leben.
Die Wichtigkeit dieser Zusammenhänge illustiert z.B. der vorzeitige sogenannte Pensionstod vorher beruflich sehr aktiver und eigentlich sehr rüstiger Menschen.

Gerade an Tagen mit optimal günstigen Wetterphasen (1, 2, 6), die keine oder nur eine sehr geringe biologische Anpassung von uns verlangen, kann das Erlebnis einer psychischen Windstille noch verstärkt werden. An Tagen jedoch mit erhöhter Wetterdynamik bzw. Schlechtwetter (Wetterphasen 3_A, 3_F, 4, 6_Z), genau wie an Arbeitstagen mit harter Anforderung besteht eine weitaus größere Möglichkeit der Projektion und Abreaktion eigener Probleme und Unzufriedenheit nach außen, als in einer Situation ohne besondere Anspannung und Forderung (z.B. ausgeglichenes Wetter), in der man auf sich selbst zurückgeworfen und mit Gefühlen von Schuld, Zweifel und Mißtrauen allein gelassen wird.
So kann auch jede erzwungene Inaktivität, wie z.B. ein längerer Krankenhausaufenthalt, eine Krisensituation bedeuten. Man hat Zeit zum Überlegen. Konflikte werden bewußt. Energien, die sonst abreagiert werden, stauen sich. Allein mit sich, die Konfrontation mit sich und seinen Problemen nicht mehr aushalten könnend, nicht mehr wollend, ergibt sich die Möglichkeit des Ausweichens vor sich selbst in den Tod.
Ein anspruchvolles Überich, als Folge einer zum Perfektionismus ausgerichteten Erziehung, fordert ständig sofortige Befriedigung. Der Bedrängte kann diese Forderungen nicht erfüllen, denn meist sind es passive Triebziele, die einerseits im Widerspruch zu anderen Persönlichkeitszügen stehen und nicht eingestanden werden, auf der anderen Seite kann und will er auch nicht auf sie verzichten, sondern verharrt zäh. Er will sich nicht beugen, nicht die eigene Kleinheit und Abhängigkeit akzeptieren. Dieses Eingeständnis wird versucht zu kompensieren durch Selbstmordphantasien und letztlich durch die Tat selbst, als Versuch einer letzten Demonstration eigener Souveränität. Genauso wie man versucht vor der Wahrheit zu fliehen, sie zu umgehen, so wählt man auch die Sui-

cidmethoden, die inem die volle Einsicht der an sich feigen Tat erspart (Alkohol, Schlafmittel, Tranquilizer).
(Siehe auch HENSELER (17): "Der unbewußte Selbstmordversuch".)
Durch eine Erziehung in unserer Zivilisation zu sofortiger Triebbefriedigung ohne Mühe, des ständig oben sein Wollens und Müssens, sind wir unfähig geworden zu schwingen, können wir unsere Konflikte nicht mehr aushalten. Die Fähigkeit zur aktiven Bewältigung ist nicht mehr genügend entwickelt (Lieferung von Fertigwaren, Erziehung zum Konsum ohne Wissen über Aufbau der Dinge) oder gehemmt. Statt zu lieben, wollen wir geliebt werden. Statt Auseinandersetzung und Überwindung bleibt nur noch der Wunsch nach Ruhe, den wir uns mit Hilfe von Tabletten (mit Geld) erkaufen können. Aus dem Gefühl heraus, wir können alles, alles muß aus uns heraus geschehen, haben wir auch keinen religiösen Hintergrund mehr, glauben nicht mehr an Macht, der wir uns, gleich einem Flugkörper im Blindflug dem Radarstrahl, anvertrauen können und die uns sicher ans Ziel führt, auch ohne unser Zutun.
Mit dem Verlust einer religiösen Bindung haben wir in einer Situation der Krise auch den Glauben auf Rettung und Hilfe von außen verloren. So ist zu verstehen, daß der Mensch ohne Glaube und Hoffnung in der Krise nicht abwarten kann.
So zeigt der Suicidversuch deutlich einen Zusammenhang mit der Entwicklung unserer Gesellschaft. Man könnte ihn als die Demonstration einer verdrängten Abhängigkeit von elementaren Lebensgewohnheiten sehen.
Der übertriebene Wunsch nach Unabhängigkeit macht abhängig!

V. ZUSAMMENFASSUNG

Die große Anzahl von Suicidversuchen und das Wissen über ihre Appellfunktion ist eine Aufforderung an uns alle, sich intensiver mit dem Problem und dem Menschen, der dahinter steht, zu befassen.
In der vorliegenden Feldstudie werden an Hand ihrer Krankengeschichten die 410 Patienten untersucht, die in den Jahren 1965 - 1970 wegen eines Suicidversuches in den Städtischen Krankenanstalten Esslingen, speziell in ihrer psychosomatischen Abteilung, behandelt wurden.
Da alle Fälle mit Suicidversuch aus Esslingen und seinen umliegenden Gemeinden dort überwiesen werden, bestand die günstige Situation eines relativ geschlossenen Beobachtungsgebietes von ca. 120 000 Menschen.
Auf den Erfahrungen der Auswertung der Krankengeschichten basierend, wurde ein spezieller Anamnesebogen für Patienten mit Suicidversuch entworfen, der als einheitlicher Leitfaden für eine Erstuntersuchung dienen kann und die spätere Auswertung erleichtern soll.
Die Untersuchungsergebnisse der Arbeit wurden nach Möglichkeit in Beziehung gesetzt zu Zahlen aus entsprechenden Bevölkerungsstatistiken von Esslingen, bzw. mit anderen Untersuchungen über "gelungene" Suicide verglichen.
Im Hinblick auf die Vielzahl von Umständen, die letztlich den Entschluß zum Suicidversuch und dessen Durchführung mitbestimmen, wurden in der Feldstudie alle Fälle unter möglichst vielen Gesichtspunkten beleuchtet.
Es werden Aussagen über zeitliche, soziologische, meteorologische Abhängigkeiten, sowie über Motivationen und Methoden der Suicidversuche gemacht.

Die wichtigsten Einzelergebnisse zeigten folgendes:

Eine jährlich steigende Anzahl von Patienten mit Suicidversuchen aus Esslingen-Stadt wurde deutlich. Der überwiegende Anteil der Frauen (60 %) unter den Patienten ließ sich nicht auf die Esslinger Bevölkerungszusammensetzung zurückführen. 47.3 % der untersuchten Personen waren jünger als 31 Jahre, wobei die Gruppe der 21 - 25 jährigen besonders stark vertreten war. Die älteren Menschen (mehr als 60 Jahre) waren dagegen unterrepräsentiert.

Oberwiegend lagen die zum Suicidversuch führenden Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner wurden am häufigsten als Auslöser für einen Suicidversuch angegeben. Die Tatsache, daß mehr als die Hälfte der Patienten (bei den Frauen sogar mehr als 63 %) verheiratet war, rundet dieses Bild ab.

Ausländerfrauen fielen als besonders suicidgefährdet auf.

Angehörige mit qualifizierten Berufen mit der Möglichkeit zu körperlicher Betätigung waren weniger vertreten als die Bevölkerungsstatistik erwarten ließ.

85 % der Patienten hatten ihren Suicidversuch mit "weichen" Methoden begangen. Er wurde in der Hauptsache mit Medikamenten (Schlafmittel, Analgetika, Psychopharmaka) durchgeführt. Auch Alkohol als Hemmungslöser vor und während der Ausführung der Tat spielte in vielen Fällen eine wichtige Rolle.

In Bezug auf zeitliche Abhängigkeiten der Suicidversuche wurde eine gewisse Häufung im Frühjahr und Spätherbst gefunden.

Weiterhin waren der Wochenanfang und in der Tagesperiodik der Feierabend besonders auffällig.

Bezüglich des Wetters waren Tage mit Wetterumschwung, aber auch scheinbar paradoxerweise Tage mit Schönwetter und Wetterberuhigung relativ mehr mit Suicidversuchen belastet, als Tage mit Schlechtwetter.
Die große Zahl von wiederholten Suicidversuchen der Patienten fordert ein Überdenken der bisherigen Behandlungsmethoden und des Behandlungsablaufes. Das Hauptaugenmerk der Bemühungen um den Patienten mit einem Suicidversuch muß auf einer intensiven Nachbetreuung liegen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sollte über längere Zeit z.B. ein Sozialarbeiter oder auch ein speziell ausgebildeter Laie als Wegbegleiter dem noch Gefährdeten zur Verfügung stehen, bis er wieder in tragende Beziehungen eingegliedert ist.

VI. LITERATUR

1. BAPPERT, W.: Die Zunahme der Suicidversuche und ihre seelischen Hintergründe. In: Ch. Zwingmann (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt: Akadem. Verlagsgesellschaft 1965, 98-109.

2. BAYREUTHER, H.: Über die Bedeutung der Umweltbedingungen für den Selbstmord. In: Ch. Zwingmann (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt: Akadem. Verlagsges. 1965, 47-77.

3. BELECKE, H. u. E. KLEIN: Suicidversuche und Wetter. Z.Physikal.Med. 1, 344-370 (1970).

4. BEPPERLING, W. u. J.A. LABERKE: Somato- und Psychotherapie in der Inneren Klinik. Münch.Med.Wschr. 103, 2457-2462 (1961).

5. BEPPERLING, W.: Modell einer psychosomatischen Krankenhausabteilung. Dtsch.Ärztebl. 71, 3496 (1974).

6. BÜCKER, F.: Suicidprophylaxe in der ärztlichen Praxis. Therapiewoche 22, 2283-2286 (1972).

7. BÜCKER, F.: Suicide und Suicidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel Köln. Stuttgart: G.Thieme 1973.

8. BREZOWSKY, H.: Über die Resonanz von Wettervorgängen in der Biosphäre des nördlichen Alpenvorlandes. Berichte des Dtsch.Wetterdienstes 54 (1958).

9. DOTZAUER, G. et al.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Ein statistischer Vergleich von Hamburger Erfahrungen aus den Jahren 1935 - 1959. In: Ch. Zwingmann (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt: Akadem. Verlagsges. 1965, 110-122.

10. DUBITSCHER, F.: Der Suicid. Stuttgart: G.Thieme 1957, 7-15.

11. FABEROW, N.L. u. E. SCHNEIDEMANN: The cry for help. London: Mc Graw Hill 1961.

12. FAUST, V. u. P. SARREITHER: Kann man den Einfluß des Wetters auf Suicid oder Suicidversuch verifizieren? Wetter und Leben 24, 139-149 (1972).

13. FAUST, V.: Suicid und Wetter. Fortschr.d.Med. 91, 154-158 (1973).

14. FEUDELL, P.: Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen. In: Ch. Zwingmann (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt: Akadem. Verlagsges. 1965, 35-46.

15. GRÜNEBERG, F.: H. HELMCHEN u. H. HIPPIUS: Zur Phänomenologie von Suicidversuchen anhand von über 500 Beobachtungen in einem großstädtischen Reanimationszentrum. Therapiewoche 22, 2242-2252 (1972).

16. HELLPACH, W.: Geopsyche. Stuttgart: Enke 1950.

17. HENSELER, H.: Der unbewußte Selbstmordversuch. Nervenarzt 42, 595-598 (1971).

18. HENSELER, H.: Ärztliche Sofortmaßnahmen bei der psychischen Betreuung von Patienten nach Suicidversuchen.
Med.Welt 23, 306-309 (1972).

19. LANGEN, D.: Psychotherapie (3.Aufl.).
Stuttgart: G.Thieme 1973, 43.

20. LINDEN, K.J.: Der Suicidversuch - Versuch einer Situationsanalyse.
Stuttgart: Enke 1969.

21. LINDEN, K.J.: Die Struktur der Selbstmordhandlung.
Therapiewoche 22, 2216-2222 (1972).

22. MEYTHALER, . et al.: Soziale und klinische Betrachtungen von 1431 Vergiftungsfällen.
Ärztl.Fortschr. 16, 435 (1962).

23. PARNITZKE, K.J.: Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre.
In: Ch. Zwingmann (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt: Akadem. Verlagsges. 1965, 78-97.

24. PÖLDINGER, W.: Die Abschätzung der Suicidalität.
Bern-Stuttgart: Huber 1968.

25. RINGEL, E.: Der Selbstmord.
Wien: Maudrich 1953.

26. RINGEL, E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem.
Wien: Hollinek 1961.

27. RINGEL, E.: Das Werterleben der Selbstmörder.
In: Ch. Zwingmann (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt: Akadem. Verlagsges. 1965, 145-164.

28. RINGEL, E.: Selbstmordverhütung.
Bern-Stuttgart: Huber 1969.

29. RINGEL, E.: Möglichkeiten der ärztlichen Selbstmordprophylaxe.
Therapiewoche 22, 2199-2214 (1972).

30. RUDDER, B., de: Grundriß einer Meteorobiologie des Menschen (3.Aufl.).
Berlin: Springer 1952

31. SCHRAMM, P.: Untersuchungen über statistische Zusammenhänge zwischen Selbstmord und Wetter in Berlin während der Jahre 1956 - 65.
Berlin: Freie Universität, Institut f. Met.u.Geophysik, Meterolog.Abhandlung 87, Heft 2 (1968).

32. STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch.
Frankfurt: Fischer 1969.

33. UNGEHEUER, H.: Ein meteorologischer Beitrag zu Grundproblemen der Medizinmeteorologie.
Berichte des Dtsch.Wetterdienstes 16, Band 3, 1-31 (1955).

34. UNGEHEUER, H. u. H. KÖGLER: Meteorologie - Biologie - Medizin.
Arzneimittelforschung 7, 370-380 (1957).

35. WALTERA, U.: Selbstmord und atmosphärische Umwelt.
Med.Diss., München 1955.

36. WIELE, E.F.: Sozialpsychologische Erfahrungen aus der Betreuung Suicidgefährdeter.
In: Ch. Zwingmann (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt: Akadem.Verlagsges. 1965, 195-200.

37. WINKLER, W.F.: Über den Wandel in Häufigkeit, Bedingungen und Beurteilungen des Suicides in der Nachkriegszeit. Dtsch.Öffentl.Gesundheitsdienst 22, 143 (1960).

38. STADT ESSLINGEN: Daten über Gebäude und Wohnungen. Statistische Zahlen, Band I. Organisationsamt Esslingen: 1970.

39. STADT ESSLINGEN: Daten über Einwohner und Schulen. Statistische Zahlen, Band II. Organisationsamt Esslingen: 1971.

40. STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÖRTTEMBERG: Selbstmorde im Jahr 1966 und im 1. Halbjahr 1967. Statistische Monatshefte Baden-Württemberg, Heft 11 (1967).

41. STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÖRTTEMBERG: Suicide im Landkreis Esslingen in den Jahren 1965 - 1970. Stuttgart: 1971.

42. STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÖRTTEMBERG: Entwicklung der Sterblichkeit und Wandel der Todesursachen seit 1900. Jahrbuch f.Statistik u.Landeskunde 16, Heft 1 (1971).

43. STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN: Statistik: Selbstmorde im Deutschen Reich 1893 - 1939 bzw. im Bundesgebiet von 1946 - 1970.

44. STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN: Statistik: Selbstmorde nach Alter und Geschlecht im Deutschen Reich 1938 und im Bundesgebiet 1949 - 1969.

45. ZWINGMANN, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt: Akadem.Verlagsges. 1965, XI.

LEBENSLAUF

Am 3. Oktober 1947 wurde ich, Wolfgang VÖLCKEL, als Sohn des Landwirts Rolf Völckel und seiner Ehefrau Christa, geb. Werner, in Höhenölsen in Thüringen geboren.
Nach unserer Flucht im Jahre 1953 fanden wir in Lahnstein am Rhein eine neue Heimat. Dort besuchte ich von 1954 - 1958 die Volksschule, danach bis zur Reifeprüfung im Jahre 1966 das Staatliche Neusprachliche Gymnasium.
Nach Ableisten meines Wehrdienstes im Sanitätsdienst der Bundeswehr, begann ich im April 1968 an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz mein Medizinstudium.
Bereits von Anfang an galt mein besonderes Interesse der Psychotherapie, so daß sich bald der Kontakt zu Professor Langen und der Klinik für Psychotherapie ergab, wo ich dann 5 Jahre als studentischer Mitarbeiter tätig war.
Am 6. Dezember 1973 bestand ich in Mainz die Ärztliche Prüfung.
In meiner Medizinalassistentenzeit arbeitete ich vom 15.2.1974 bis 15.9. 1974 an der Frankfurter Flughafen-Klinik, deren Schwerpunkte die Arbeits- und Notfallmedizin sind.
Im November 1974 ergab sich die Möglichkeit für einen mehrmonatigen Aufenthalt in Brasilien, während dessen ich auch 2 1/2 Monate als Volontär im Hospital Central da Aeronautica in Rio de Janeiro tätig war. Bereits während meines Studiums hatte ich zwei längere Studienreisen nach Japan (1969) und USA (1971) unternommen.
Nach meiner Rückkehr im April 1975 setzte ich am 1. Mai 1975 meine Medizinalassistentenzeit am Evangelischen Krankenhaus in Düsseldorf fort, wo ich bis Ende Februar 1976 meine Pflichtzeiten in Innerer Medizin und Chirurgie ableisten werde.

Düsseldorf, im November 1975

Dissertationsdruck
GmbH & Co. KG.
Schadel & Wehle
86 Bamberg · Hohe-Kreuz-Str. 9b · Tel. 0951/21617[5 4414]